Centre de santé et de services sociaux
de Matane

GROUPE
ENTREPRISES
EN SANTÉ

Rapport annuel de gestion

2014-2015

Hôpital de Matane (siège social)
333, rue Thibault
Matane (Québec) G4W 2W5

Centre d'hébergement de Matane
150, avenue Saint-Jérôme
Matane (Québec) G4W 3A2

CLSC de Matane
349, avenue Saint-Jérôme
Matane (Québec) G4W 3A8

Adopté par la présidente-directrice générale du Centre intégré de santé et de services sociaux du Bas-Saint-Laurent, le _____2015.

Production
Direction générale

Édition
© Centre de santé et de services sociaux de Matane

Ce document a été édité en quantité limitée et est disponible sur demande.

La reproduction d'extraits est autorisée à des fins non commerciales avec mention de la source. Toute reproduction partielle doit être fidèle au texte utilisé.

Dans cet ouvrage, la forme masculine n'est utilisée qu'aux seules fins d'alléger le texte sans intention de discrimination aucune.

Table des matières

PAGE

Message du président du conseil d'administration et de la directrice générale 6

Déclaration de fiabilité des données contenues dans le présent rapport annuel de gestion et des contrôles afférents 8

Chapitre 1

Présentation de l'établissement 9

Les installations 11

Consultation et information de la population 13

Chapitre 2

Rapport annuel du commissaire local aux plaintes et à la qualité des services 15

Fondation de l'hôpital de Matane 17

Direction des soins infirmiers 18

Direction de la santé physique 23

Statistiques (Hôpital de Matane) 28

Direction des ressources financières, techniques et informationnelles 29

Direction des programmes et des services aux personnes en perte d'autonomie et à la communauté 33

Statistiques (Volet hébergement CHSLD) 45

Statistiques (CSSS de Matane, Maintien à domicile) 46

Direction des services professionnels et hospitaliers 47

Direction des ressources humaines et du développement organisationnel 50

Table des matières (suite)

PAGE

LOI SUR LA GESTION ET LE CONTRÔLE DES EFFECTIFS

- Gestion et contrôle des effectifs 52

- Contrats de services 53

Service de réadaptation en réseau intégré 54

Chapitre 3

Pages financières 59

Chapitre 4

Conseil d'administration et ses comités 65

Chapitre 5

Rapport des conseils des comités

Comité exécutif du conseil des infirmiers et infirmières - CECII 69

Comité exécutif du comité des infirmiers et infirmières auxiliaires – CECIIA 75

Comité de prévention et contrôle des infections – PCI 77

Conseil multidisciplinaire – CM 84

Conseil des médecins, dentistes et pharmaciens (CMDP) 88

Comité de révision 92

Comité de vigilance et de la qualité – CVQ 95

Comité de gouvernance et d'éthique du conseil d'administration 97

Comité des usagers et des résidents 99

Comité de gestion des risques 101

Code d'éthique et de déontologie des membres du conseil d'administration 107

Table des matières (suite)

Annexe 1 : Extrait des états financiers

Annexe 2 : Organigramme

Annexe 3 : Planification stratégique 2011-2015

Annexe 4 : Bilan de fin de période 2014-2015

Annexe 5 : Fiche sociosanitaire RLS de Matane

Liste des abréviations

ACV :	Accident cérébro-vasculaire
AEOIR :	Accueil, évaluation, orientation, intervention et référence
AMDEC :	Analyse des modes de défaillance, de leurs effets et de leur criticité
AMPRO :	Approche multidisciplinaire en prévention des risques obstétricaux
ASI :	Assistant du supérieur immédiat
ASSS :	Agence de la santé et des services sociaux
AVC	Accident vasculaire cérébral
CEPI :	Candidate à l'exercice de la profession infirmière
CERDM :	Centre d'expertise en retraitement des dispositifs médicaux
CFP :	Centre de formation professionnelle
CHSGS :	Centre hospitalier de soins généraux et spécialisés
CHSLD :	Centre d'hébergement et de soins de longue durée
CII :	Conseil des infirmiers et infirmières
CIIA :	Comité des infirmiers et infirmières auxiliaires
CLSC :	Centre local de services communautaires
CM :	Conseil multidisciplinaire
CMDP :	Conseil des médecins, dentistes et pharmaciens
COSMOSS :	Communauté ouverte et solidaire pour un monde outillé, scolarisé et en santé
CPM :	Conseil de protection des malades
CSSS :	Centre de santé et de services sociaux
CSST :	Commission de la santé et sécurité au travail
DI :	Déficience intellectuelle
DMS :	Durée moyenne de séjour
DP :	Déficience physique
DRH :	Directeur ou directrice des ressources humaines
DSI :	Direction des soins infirmiers
DSPH :	Direction des services professionnels et hospitaliers
ECG :	Électrocardiogramme
EMIP	Équipe multidisciplinaire d'intervention précoce
FAPH :	Fonds d'aide aux personnes handicapées
GMF :	Groupe de médecine familiale
IAB :	Initiative amis des bébés
INESSS	Institut national d'excellence en santé et service sociaux
ITSS :	Infection transmise sexuellement et par le sang
IVG :	Interruption volontaire de grossesse
LSSSS :	Loi sur les services de santé et les services sociaux
MELS :	Ministère de l'Éducation du Loisir et du Sport
MPOC :	Maladies pulmonaires obstructives chroniques
MRC :	Municipalité régionale de comté
MSSS :	Ministère de la Santé et des Services sociaux
MTS :	Maladies transmises sexuellement

OIIQ :	Ordre des infirmiers et infirmières du Québec
OIIAQ :	Ordre des infirmiers et infirmières auxiliaires du Québec
OLO :	Oeuf, lait, orange
OPHQ :	Office des personnes handicapées du Québec
OPTMQ :	Office professionnel des technologistes médicaux du Québec
ORL :	Oto-rhino-laryngologie
PAB :	Préposé aux bénéficiaires
PAD :	Programme adaptation domiciliaire
PCI :	Prévention et contrôle des infections
PDRH :	Plan de développement des ressources humaines
PDSB :	Principe de déplacement sécuritaire des bénéficiaires
PEM :	Plan d'effectifs médicaux
PPALV :	Personne en perte d'autonomie liée au vieillissement
PQLC :	Programme québécois de lutte contre le cancer
PREM :	Plan régional d'effectifs médicaux
PTG :	Prothèse totale du genou
PTH :	Prothèse totale de la hanche
RAMQ :	Régie de l'assurance maladie du Québec
RI :	Ressources intermédiaires
RLS :	Réseau local de services de santé et de services sociaux
RNI :	Ressources non institutionnelles
RPCU :	Regroupement provincial des comités des usagers
RTF :	Ressources de type familial
RUIS :	Réseau universitaire intégré de santé
SAD :	Soutien à domicile
TED :	Troubles envahissants du développement
TRP	Thérapeute en réadaptation physique
UTRF :	Unité transitoire de récupération fonctionnelle

* Afin d'alléger le texte, le genre féminin inclut le genre masculin et vice-versa.

Message du président du conseil d'administration et de la directrice générale

Mesdames,
Messieurs,

Il nous fait plaisir, à titre de président du conseil d'administration et de directrice générale du CSSS de Matane, de vous présenter notre rapport annuel 2014-2015.

Agrément

Le CSSS de Matane a reçu son accréditation d'Agrément Canada à la suite d'une visite qui a eu lieu du 15 au 19 septembre 2014. Plus de quelque 2428 normes ont été évaluées et le CSSS de Matane a obtenu 94 % de taux de conformité. Nous sommes très fiers des résultats de cette démarche qui démontrent la qualité et la sécurité de nos soins et services par un personnel compétent et dévoué.

Guichet d'accès

Finalement, le guichet d'accès a débuté en juillet 2014. Ce guichet d'accès permet de faciliter l'accessibilité des usagers aux différents services, d'éviter la duplication de services et de simplifier les processus d'accès aux services.

Sécurité civile

Le CSSS de Matane a fait face, en janvier dernier, à un incident impliquant des produits chimiques au laboratoire de l'hôpital.

Organisation du travail

Nous avons obtenu le financement pour deux projets de réorganisation du travail, soit celui de l'organisation du travail en CHSLD et celui sur les services psychosociaux.

Entente de gestion

La majorité des objectifs convenus dans l'entente de gestion 2014-2015 ont été réalisés ou sont en voie de l'être. Le taux d'assurance salaire est passé de 5.94 % à 5.01 %.

Nos collaborateurs

Nous avons poursuivi nos démarches de collaboration avec nos partenaires du milieu. Notons, entre autres, COSMOSS, la Table des aînés, MRC, etc. Le CSSS de Matane et bientôt le CISSS entend poursuivre ses travaux de partenariat avec les organismes des secteurs tels : milieu communautaire, municipalités, éducation, économie sociale, etc., afin d'améliorer nos services.

Situation financière

En terminant, nous désirons souligner la participation active des membres du conseil d'administration au cours des dernières années. Le mandat des membres du conseil d'administration prend fin le 31 mars 2015 et nous tenons à leur témoigner toute notre reconnaissance pour leur très grande disponibilité et leur contribution à l'amélioration de la santé et du bien-être de la population matanaise.

Nous souhaitons également exprimer notre très grande fierté envers les employés, les gestionnaires et les médecins de l'établissement pour leur contribution à la réalisation des activités du CSSS de Matane.

Merci également à tous nos bénévoles, à la Fondation et à nos partenaires pour leur assistance et leur appui.

Le président du conseil d'administration,

Louis Pelletier

La secrétaire du conseil d'administration et directrice générale,

Nicole Morin

Déclaration de fiabilité des données contenues dans le présent rapport annuel de gestion et des contrôles afférents

À titre de directrice générale du CSSS de Matane, j'ai la responsabilité d'assurer la fiabilité des données contenues dans ce rapport annuel de gestion ainsi que des contrôles afférents.

Les résultats et les données du rapport de gestion de l'exercice terminé le 31 mars 2015 du CSSS de Matane :

- Décrivent fidèlement la mission, les mandats, les valeurs et les orientations stratégiques de l'établissement;
- Présentent les objectifs, les indicateurs, les cibles à atteindre et les résultats;
- Présentent des données exactes et fiables.

Je déclare que les données contenues dans le présent rapport annuel de gestion ainsi que les contrôles afférents à ces données sont fiables et qu'elles correspondent à la situation telle qu'elle se présentait au 31 mars 2015.

La directrice générale,

Nicole Morin

Nicole Morin

La présidente-directrice générale,
CISSS du Bas-Saint-Laurent,

Isabelle Malo

Isabelle Malo

Chapitre 1

Présentation de l'établissement

La mission de l'établissement et des centres qu'il exploite

La mission du *Centre de santé et de services sociaux de Matane* est de faire en sorte qu'il se dispense dans les centres qui le compose, les meilleurs services à la population de la MRC de La Matanie dans le respect des missions (hôpital, centre d'hébergement, centre local de services communautaires).

Pour ce faire, l'approche privilégiée est celle des programmes-services (programmes-clientèles), caractérisée par la notion de réseau de soins et de services intégrés, de *continuum* de services requis par les clientèles cibles.

Donc, chaque programme-service met en place un ensemble de services et d'activités intégrés pour lesquels sont consenties des ressources humaines, matérielles et financières, où s'inscrit la présence d'équipes multidisciplinaires. L'établissement préconise la gestion en tandem (gestionnaire et médecin) au sein de chaque programme dans le but d'assurer une plus grande cohésion et une collaboration encore plus étroite dans la façon de dispenser les soins et les services à notre clientèle.

Mission hôpital :

La mission de l'hôpital est d'offrir des services diagnostiques et des soins généraux et spécialisés. À cette fin, ce centre reçoit, principalement sur référence, les personnes qui requièrent de tels services ou de tels soins. Il s'assure que leurs besoins sont évalués et que les services requis, y compris les soins infirmiers et les services psychosociaux spécialisés, préventifs ou de réadaptation, leur soient offerts. Ils peuvent être offerts à l'intérieur ou, si nécessaire, s'assure qu'elles soient dirigées vers les centres, les organismes ou les personnes les plus aptes à leur venir en aide.

Mission centre d'hébergement :

La mission du centre d'hébergement et de soins de longue durée est d'offrir de façon permanente ou temporaire un milieu de vie substitut, des services d'hébergement, d'assistance, de soutien et de surveillance. À cela s'ajoutent des services de réadaptation, de diétothérapie, psychosociaux, infirmiers, pharmaceutiques et médicaux aux adultes qui, en raison de leur perte d'autonomie fonctionnelle ou psychosociale, ne peuvent plus demeurer dans leur milieu de vie naturel, malgré le support de leur entourage.

À cette fin, ce centre reçoit, sur référence, les personnes qui requièrent de tels services, veille à ce que leurs besoins soient évalués périodiquement et que les services requis leur soient offerts à l'intérieur de ladite installation ou de nos ressources affiliées.

La mission de ce centre comprend également l'exploitation de ressources intermédiaires, de concert avec des ressources privées du milieu de même que la prise en charge de la clientèle en perte d'autonomie desservie dans les résidences de type familial.

Mission centre local de services communautaires :

La mission du centre local de services communautaires est d'offrir en première ligne des services de santé et des services sociaux courants et, à la population du territoire qu'il dessert, des services de santé et des services sociaux de nature préventive ou curative, de réadaptation ou de réinsertion.

À cette fin, l'établissement qui exploite un tel centre s'assure que les personnes qui requièrent de tels services pour elles-mêmes ou pour leurs familles soient rejointes, que leurs besoins soient évalués et que les services requis leur soient offerts à l'intérieur de ses installations ou dans leur milieu de vie, à l'école, au travail ou à domicile ou, si nécessaire, s'assure qu'elles soient dirigées vers les centres, les organismes ou les personnes les plus aptes à leur venir en aide.

La mission d'un tel centre est également de réaliser des activités de santé publique sur son territoire, conformément aux dispositions prévues par la Loi sur la santé publique.

Les installations

Le **Centre de santé et de services sociaux de Matane** se compose de trois missions :

- L'*Hôpital de Matane* est un établissement de soins de courte durée offrant des services diagnostiques, des soins généraux et spécialisés. Cette installation dispose, au 31 mars 2014, de 45 lits de courte durée au permis.

  La répartition des lits de courte durée est la suivante :

  - Médecine incluant gériatrie de courte durée 28 lits
  - Soins intensifs 4 lits
  - Chirurgie 8 lits
  - Obstétrique 3 lits
  - Pédiatrie 2 lits

  À ces lits s'ajoutent sept civières d'observation à l'urgence de même que trois berceaux en pouponnière.

- Le *Centre d'hébergement de Matane* est un établissement d'hébergement et de soins de longue durée, d'une capacité de 106 lits dont deux de ces lits permettent à l'organisation d'offrir des services d'hébergement temporaire ou de répit-dépannage.

  Également, cette installation compte sur les ressources suivantes, affiliées par entente contractuelle, en collaboration avec des partenaires du milieu, permettant d'assurer aux personnes en perte d'autonomie de notre MRC un milieu de vie adapté à leurs besoins lorsqu'elles ne peuvent plus demeurer dans leur milieu naturel :

  - Cinq ressources intermédiaires 60 places

- Le CLSC de Matane est un établissement public existant en fonction de la Loi sur les services de santé et les services sociaux. Il a pour mission d'offrir en première ligne à la population de la MRC de La Matanie des services de santé et des services sociaux courants de nature préventive ou curative, de réadaptation ou de réinsertion.

  À cette fin, le CLSC s'assure que les personnes qui requièrent de tels services pour elles-mêmes ou pour leurs familles soient rejointes, que leurs besoins soient évalués et que les services requis leur soient offerts à l'intérieur de ses installations ou dans leur milieu de vie, à l'école, au travail ou à domicile ou, si nécessaire, s'assure qu'elles soient dirigées vers les centres, les organismes ou les personnes les plus aptes à leur venir en aide.

  Le CLSC de Matane dispense des services à son principal lieu, à l'édifice Bon-Pasteur situé au 349 de l'avenue Saint-Jérôme à Matane. Il accorde toutefois une importance particulière au déploiement de ses activités aux extrémités du territoire à desservir par l'exploitation des points de services dans les localités de Les Méchins et de Baie-des-Sables.

Le *Centre de santé et de services sociaux de Matane* dessert une population de quelque 21 594 habitants.

À l'annexe « 5 », vous trouverez la fiche sociosanitaire du Réseau local de services de Matane
Référence : Agence de la santé et des services sociaux du Bas-Saint-Laurent

Consultation et information de la population

Sous l'autorité directe de la Direction générale, le Service des communications et des affaires publiques du **Centre de santé et de services sociaux de Matane** utilise, encourage et développe divers modes d'information et de consultation bidirectionnels en regard de l'organisation et de la prestation des soins et des services.

Sur une base continue, divers outils sont utilisés, dont :

- Un journal interne accessible à nos 150 000 visiteurs annuels et distribué aux partenaires socio-économiques de La Matanie. Les médias le reçoivent également et reprennent régulièrement des articles;
- Le site internet, après trois ans d'existence, a reçu près de 289 159 visites et plus de 700 curriculum vitae;
- La présence de représentants du CSSS de Matane lors de divers événements donne lieu à la rédaction de discours et permet une interaction avec les personnes présentes;
- Deux périodes de questions sont à l'ordre du jour de chaque réunion publique du conseil d'administration;
- Les représentants du milieu socio-économique sont consultés sur une base régulière, que ce soit les élus municipaux, provinciaux et les groupes corporatifs ou communautaires de La Matanie;
- Le conseiller aux communications et aux affaires publiques ainsi que diverses personnes en autorité au CSSS de Matane accordent des dizaines d'entrevues par année aux médias;
- Sondage sur le service d'imagerie médicale;
- Écrans numériques;

- Des dépliants et des affiches sont réalisés régulièrement comme ceux accessibles dans des présentoirs (abrégé du code d'éthique...) ou dans certains services (CLSC, salle de prélèvements...).

Tous ces outils sont bidirectionnels, car tout en informant ou en sensibilisant la population à l'offre des soins et des services, des liens numériques ou téléphoniques permettent aux gens d'interagir dans chacun de nos moyens de communication.

Chapitre 2

Rapport annuel du commissaire local aux plaintes

Bilan du commissaire local aux plaintes et à la qualité des services

Le rôle principal du commissaire local est de veiller au respect des droits des usagers et de traiter leurs plaintes de façon diligente. Il peut également intervenir de sa propre initiative, si des faits sont portés à sa connaissance et qu'il a des motifs raisonnables de croire que les droits d'un usager ne sont pas respectés. À cet égard, lorsqu'il le juge opportun, le commissaire fait des recommandations à l'établissement qui peut, par la suite, corriger certaines situations. L'indépendance qui lui est conférée lui permet d'agir sans contrainte, le commissaire relevant directement du conseil d'administration. Voici une synthèse de son rapport :

Répartition du type de dossiers

Plaintes	30
Interventions	6
Plaintes médicales, Pharmaciens, Dentistes	7
Assistances	20
Consultations	9
Protecteur du citoyen	5
Total :	77

Répartition du nombre de motifs de plaintes et d'interventions

Accessibilité	7
Aspect financier	3
Droits particuliers	3
Organisation du milieu et ressources matérielles	8
Relations interpersonnelles	2
Soins et services dispensés	21

Une plainte ou une intervention peut contenir plus d'un motif.

Dans le cadre de ses activités, l'établissement doit informer sa clientèle du résultat sur l'application de la procédure d'examen des plaintes et des interventions. Le rapport complet qui inclut les recommandations et les statistiques du commissaire local aux plaintes et à la qualité des services (incluant celui du médecin examinateur) est disponible au siège social du CSSS de Matane en format papier et en fichier PDF sur le site internet de l'établissement. Le règlement sur la procédure d'examen des plaintes est également disponible.

Toute plainte ou signalement peut être destiné à M. Jacques Deschênes, commissaire local aux plaintes et à la qualité des services, soit par courrier : 333, rue Thibault, Matane (Québec) G4W 2W5 (siège social), à son bureau au 150, avenue Saint-Jérôme, Matane (Québec) G4W 3A2, par courriel : jacques.deschenes.csssmatane@ssss.gouv.qc.ca, par téléphone : 418-562-3135, poste : 3010 et sur le site Internet de l'établissement au www.csssmatane.com.

Fondation de l'hôpital de Matane

Au cours de l'année 2014, la Fondation de l'hôpital de Matane a remis **des dons pour un montant de 134 600 $** au CSSS de Matane :

- Pour faire la promotion de la semaine de la nutrition;
- Pour revitaliser les salles de traitement en oncologie;
- Pour réaménager les chambres en obstétrique;
- Pour revitaliser les chambres de pédiatrie;
- Pour l'achat de matériel pour l'arthroscopie;
- Pour mettre en place une banque d'équipement pour les ressources intermédiaires;
- Pour procéder à l'achat de matériel pour les soins infirmiers courants;
- Pour l'achat de matériel pour la réparation des ménisques;
- Pour l'achat de saturomètre pour la pédiatrie et l'inhalothérapie;
- Pour l'achat d'équipement pour les chambres d'isolement au 4^{e} étage;
- Pour l'achat de moteurs orthopédiques pour le bloc opératoire.

La Fondation est fière de ses réalisations et de son partenariat avec le CSSS de Matane. Investissons dans notre santé par un don à la Fondation!

Liste des membres :

Frank McMullen	Président
Gilles Sioui	Vice-président
Émilie Roussel	Trésorière
Clémence Caillouette	Secrétaire
Garnier Marquis	Administrateur
Yann Gonthier	Administrateur
D^{re} Renée Gagnon	Administratrice
Jean-Charles Caron	Administrateur
Marie-Claude Verreault	Administratrice
Nicole Morin	Directrice générale du CSSS de Matane
Marie-Josée Lapointe	Directrice générale de la Fondation de l'hôpital

Direction des soins infirmiers

La Direction des soins infirmiers est une direction-conseil qui a pour mandat la surveillance et le contrôle de la qualité des soins infirmiers. Pour assumer sa fonction, la DSI exerce les responsabilités inhérentes aux domaines suivants :

- la qualité des soins infirmiers et la gestion des risques et des plaintes;
- les règles de soins;
- les compétences cliniques;
- l'enseignement à la recherche;
- les effectifs en soins infirmiers;
- le soutien au CII et au CIIA;
- l'organisation des soins infirmiers.

Cette direction assure la gestion des services ambulatoires tels que la médecine de jour incluant l'oncologie, les maladies chroniques et les services de santé courants (mission CLSC), et ce, dans une perspective d'accessibilité et de continuité ainsi que d'amélioration continue de la qualité.

Un établissement de première ligne : la personne est au centre de nos préoccupations, de nos décisions et de nos actions

- Dans le cadre du processus d'accréditation avec Agrément Canada, la Direction des soins infirmiers a pris en charge les équipes qualité pour les normes des soins ambulatoires, des services ambulatoires de thérapie systématique contre le cancer et la prévention des infections. Ainsi que les différentes pratiques organisationnelles requises telles que la prévention des chutes, la prévention des plaies de pression, l'hygiène des mains, taux d'infections nosocomiales, formation, perfectionnement et vérification de l'hygiène des mains, les deux identificateurs de l'usager et les pompes à perfusion.
- Les services de santé courants (mission CLSC) à l'hôpital avec une offre de services 7/7 jours et une plage horaire s'étendant de 7 h 30 à 18 h permet de répondre aux besoins de la population.
- Considérant l'augmentation des besoins de la clientèle en oncologie, révision des trajectoires en fonction des critères d'accès spécifiques pour l'accessibilité des soins et services en médecine de jour et aux services de santé courants (mission CLSC) afin d'assurer une prestation de soins et de services sécuritaires et de qualité.
- Dans un souci d'assurer une prestation sécuritaire des soins et des services à la population, la prévention et le contrôle des infections nosocomiales est un dossier prioritaire à la Direction des soins infirmiers.

- Adhésion à la campagne québécoise des soins sécuritaires en planifiant le déploiement de 2 pratiques cliniques exemplaires en milieu hospitalier, soit :
  - Hygiène et les autres mesures de prévention des infections associées pour bactéries multirésistantes;
  - Prévention des infections du site opératoire.

Une organisation dont la gestion humaine des ressources s'est positionnée comme un élément incontournable de l'organisation

- Implication active et collaboration à la planification de la main-d'œuvre en soins infirmiers avec la Direction des ressources humaines et développement organisationnel.
- Stratégies pour l'attraction et la rétention du personnel :
  - Participation à la journée porte ouverte auprès des étudiants en soins infirmiers du Cégep de Matane en septembre 2014;
  - Planification d'activités avec l'ensemble des étudiants en soins infirmiers pour entretenir des liens et développer un sentiment d'appartenance;
  - Planification d'une activité de recrutement pour les infirmières et les préposés aux bénéficiaires du Centre de formation professionnelle de Matane.
- Élaboration de projets pour demande de soutien financier pour les programmes de soutien clinique tels que l'externat, le mentorat et le préceptorat.
- Planification de formation afin de permettre le maintien, l'actualisation ou le développement des compétences du personnel infirmier et ainsi favoriser la réponse à la norme professionnelle de formation continue pour les infirmières et infirmières auxiliaires.
- Participation à une rencontre hebdomadaire avec la Direction des ressources humaines et les gestionnaires des secteurs en soins infirmiers afin d'assurer une gestion optimale du personnel infirmier.
- Planification de rencontres régulières d'équipe pour tous les secteurs d'activités sous la direction des soins infirmiers.
- Maintien de stratégies d'action pour créer et maintenir un environnement de travail sain et harmonieux qui favorise l'engagement et l'épanouissement personnel autant que professionnel pour l'ensemble des secteurs de pratique en soins infirmiers.

Une instance locale qui exerce un leadership en matière de partenariat

- La Direction des soins infirmiers du CSSS (DSI) a participé au comité de gouverne et à la table régionale des besoins cliniques à titre de représentante de la table des directrices de soins infirmiers du Bas-St-Laurent ainsi qu'au comité stratégique des ressources informationnelles.
- Partenariat avec les maisons d'enseignement secondaire, collégial et universitaire.
- Représentativité du CIIA au sein de la commission infirmière régional (CIR).

- Participation à la table régionale des directrices des soins infirmiers du Bas-Saint-Laurent.
- Participation au comité de coordination du GMF.
- Collaboration avec l'Association du cancer de l'est du Québec (ACEQ) pour offrir des services de massothérapie en oncologie, les ateliers Belle et bien dans sa peau et art-thérapie.
- Collaboration avec la Fondation de l'hôpital de Matane.

Des équipes qui relèvent des défis

La Direction des soins infirmiers maintient une collaboration constante avec le conseil des infirmières et infirmiers (CII) et le comité des infirmières et infirmières auxiliaires (CIIA) qui sont actifs au sein du CSSS.

- Suite à la relocalisation à l'hôpital des services de santé courants (mission CLSC), l'équipe en soins infirmiers est soucieuse d'augmenter l'offre de services correspondant aux besoins de la clientèle.

- Dans le cadre du processus d'accréditation avec Agrément Canada, deux (2) équipes qualité ont été créées et ont assuré les liens avec l'ensemble des équipes de travail.

- L'équipe interdisciplinaire en oncologie relève un défi quotidien pour répondre aux besoins grandissants de la clientèle en oncologie.

- Les intervenants en maladies chroniques ont le souci de travailler en interdisciplinarité afin de favoriser chez la clientèle la prise en charge de leur maladie et assurer des soins et des services de qualité. Des efforts sont déployés pour que la clientèle cible soit référée au programme systématiquement.

- La Direction des soins infirmiers a un rôle-conseil et relève le défi de travailler en collaboration avec tous les gestionnaires en soins infirmiers qui sont des collaborateurs étroits dans l'accomplissement du mandat de surveillance et de contrôle de la qualité des soins infirmiers (ex. : chutes, plaies, contention, erreurs de médicaments, etc.).

Services ambulatoires

- Les services ambulatoires comprennent trois secteurs :
  - la médecine de jour incluant l'oncologie;
  - les maladies chroniques;
  - les services de santé courants (mission CLSC).

Médecine de jour incluant l'oncologie

Voici différentes données statistiques démontrant le niveau d'activité/année financière dans ces secteurs.

Nombre d'usagers requérant différents suivis en oncologie par l'infirmière pivot		
2014-2015	2013-2014	2012-2013
285	246	247

Nombre de rencontres et de suivis téléphoniques par l'infirmière pivot 2014-2015	
Rencontres	Suivis téléphoniques
1 431	1 104

Voici différentes données statistiques démontrant le niveau d'activité/année financière dans ces secteurs (suite)

Nombre d'usagers requérant des traitements d'oncologie	
2014-2015	2013-2014
107	101

Nombre de visites pour les traitements d'oncologie	
2014-2015	2013-2014
731	649

Nombre d'usagers requérant des soins en médecine de jour incluant l'oncologie		
2014-2015	2013-2014	2012-2013
399	518	521

Nombre d'interventions en médecine de jour incluant l'oncologie		
2014-2015	2013-2014	2012-2013
3 440	3 759	3 705

On constate une diminution du nombre d'usagers et du nombre d'interventions en médecine de jour qui est associée au fait que nous avons révisé les types de soins infirmiers offerts en médecin de jour, et ce, considérant l'augmentation des besoins pour la clientèle en oncologie.

Secteur des maladies chroniques

Les services de première ligne en maladies chroniques dans notre MRC sont un dossier prioritaire.

La clientèle aux prises avec des maladies chroniques est prise en charge par une équipe interdisciplinaire qui favorise la mise en place de mesures de concertation afin de favoriser l'autogestion et la réadaptation des personnes atteintes de maladies chroniques dans un continuum de soins.

Les infirmières cliniciennes, la nutritionniste, le kinésiologue, l'inhalothérapeute et l'intervenant psychosocial sont les professionnels qui interviennent auprès de la clientèle en maladies chroniques.

Direction de la santé physique

La Direction de la santé physique s'adresse à la clientèle ambulatoire et hospitalisée requérant des services à l'hôpital.

Les secteurs desservis se répartissent ainsi :

- Urgence-soins intensifs, bloc opératoire-stérilisation-endoscopie, cliniques externes spécialisées;
- Unités de médecine-pédiatrie et chirurgie-obstétrique;
- Guichet d'accès : volet physique en partenariat avec le volet psychosocial.

Des objectifs d'amélioration, d'accessibilité, de qualité et de continuité pour la clientèle motivent nos défis quotidiens.

Un établissement de première ligne : la personne est au centre de nos préoccupations et au cœur de nos décisions

- En lien avec le cadre de référence du MSSS, l'approche adaptée à la personne âgée hospitalisée s'applique dès l'urgence et en cours d'hospitalisation. Cette approche requiert l'implication de l'ensemble du personnel et des médecins afin d'assurer la qualité et la sécurité aux personnes âgées hospitalisées et éviter un déclin fonctionnel lié à l'hospitalisation.

Urgence-soins intensifs :

- Suivi des cibles ministérielles;
- Instauration du triage avant inscription;
- Mise en place du traitement des AVC aigus potentiellement thrombolysables avec aménagement de la salle de réanimation;
- Implantation de l'approche adaptée;
- Maintien des rencontres du comité interdisciplinaire en santé mentale;
- Aménagement de l'utilité propre et souillée afin de respecter les mesures de prévention et contrôle des infections;
- Finalisation du dossier des lits à la salle d'observation afin de les remplacer par des civières;
- Implantation du chariot de distribution du matériel au commun;
- Formation de formateurs pour le code blanc et organisation de la formation pour tout l'hôpital;
- Préparation des documents pour la visite d'Agrément;
- Mise en place de la chambre à pression négative pour Ebola, formation sur l'équipement et algorithme de procédure réalisés;

- Implantation d'un plan d'amélioration continue de la qualité, des soins et services et de la gestion des risques au niveau d'erreurs de médicaments pour les soins intensifs;
- Diminution de la garde-patient de 35 %;
- Maintien des conditions de travail par la mise en place du projet d'horaire des 12 heures pour les infirmières;
- Maintien du repérage à l'urgence pour identifier les personnes à risque de perte d'autonomie;
- Plan d'amélioration de la qualité et de mobilisation pour le personnel;
- Mise en place d'un plan d'optimisation au niveau financier.

Années	2014-2015	2013-2014
Séjour moyen sur civière (heures)	8	7.5
Séjour moyen sur civière des personnes de 75 ans et plus (heures)	9.5	9.1
% séjour de 48 heures et plus	0,1	0
% séjour de 48 heures et plus sur civière des personnes de 75 ans et plus	0,2	0
Séjour moyen sur civière à l'urgence pour des problèmes de santé mentale (heures)	8,2	7,1
% séjour de 48 heures et plus sur civière à l'urgence pour des problèmes de santé mentale	0	0
Nombre d'usagers sur civière de plus de 48 heures	6	0

Cliniques externes spécialisées

- 18 435 visites : chirurgie – orthopédie – cryothérapie – oto-rhino-laryngologie – test allergie – ophtalmologie – médecine interne – rhumatologie – gynécologie.

Bloc opératoire – Stérilisation

- Suivi des cibles ministérielles en lien avec les mécanismes d'accès et le respect des délais pour la chirurgie;
- Dépôt d'un projet d'optimisation du bloc opératoire;
- Plan d'amélioration de la qualité et de mobilisation pour le personnel;
- Planification et introduction d'équipements médicaux spécialisés;
- Démarche d'optimisation du nombre de chirurgies PTG-PTH;
- Participation au projet de régionalisation de la stérilisation;
- Mise en place d'un plan d'optimisation au niveau financier;
- Préparation des documents pour la visite d'Agrément.

Années	2014-2015	2013-2014
Chirurgie d'un jour (sans endoscopie)	589	548
Chirurgie avec hospitalisation	320	295
Prothèse totale de la hanche	31	23
Prothèse totale du genou	35	27
Endoscopie digestive (faite en chirurgie d'un jour)	871	871
Endoscopie digestive (faite hors bloc)	358	359

N. B. : Un seul orthopédiste répond à la demande en 2013-2014.

Unité de médecine-pédiatrie-gériatrie

- Implantation de l'approche adaptée en géronto-gériatrie (programme de marche, signes vitaux AINÉS...);
- Évaluation et mise en application des éléments d'amélioration du processus d'admission et du départ en médecine;
- Implantation du code blanc (matériel, vérification et formation);
- Participation lors de simulation de réanimation (code bleu);
- Élaboration d'un aide-mémoire lors d'administration de médication;
- Mise à niveau du matériel de réanimation en pédiatrie;
- Élaboration et mise en place d'outils de contrôle des heures d'appoint et de surplus;
- Réaménagement des deux chambres de pédiatrie en collaboration avec la Fondation;
- Gestion rigoureuse des heures consommées à la garde-patient;
- Développement des outils qualité pour l'atteinte des exigences en vue de la certification d'Agrément Canada (politiques, mode de fonctionnement).

Unité chirurgie-obstétrique

- Poursuite des activités qualité reliées à AMPRO (approche multidisciplinaire en prévention des risques obstétricaux);
- Élaboration d'ordonnances collectives;
- Réorganisation du matériel de réanimation en obstétrique;
- Participation lors de simulation de réanimation (code bleu);
- Élaboration d'outils pour transfert d'urgence obstétricale vers d'autres centres;
- Élaboration d'un outil pour supporter l'évaluation du personnel requis sur l'unité;
- Élaboration d'un aide-mémoire lors d'administration de médication;

- Élaboration et mise en place d'un outil de contrôle des heures d'appoint et de surplus;
- Élaboration et implantation de politique de conservation du lait maternisé;
- Réaménagement de trois chambres de maternité et une chambre d'appoint, en collaboration avec la Fondation;
- Gestion rigoureuse des heures consommées à la garde-patient;
- Réalisation d'un cartable avec les fiches d'identification des marraines d'allaitement disponible à l'unité;
- Participation au programme de soins palliatifs et projet d'aménagement;
- Développement des outils qualité pour l'atteinte des exigences en vue de la certification d'Agrément Canada (politiques, mode de fonctionnement).

Années	2014-2015	2013-2014
Nombre de naissances	145	176
Taux d'allaitement	58 %	56 %

De plus, la direction a travaillé sur :

- L'implantation du guichet d'accès : service de première ligne touchant l'ensemble de l'organisation et du réseau local (RLS), ayant comme objectif : une voie d'accès des demandes pour notre population;
- L'approche adaptée aux personnes âgées : mise à jour du cadre de référence intra-hospitalier et du programme de marche, comité d'implantation, développement d'outils et de documents d'information-formation pour tous les secteurs, etc.;
- L'élaboration de différentes politiques et procédures ainsi que d'ordonnances collectives afin de mieux coordonner les activités professionnelles;
- Le programme de soins palliatifs en participant à son élaboration;
- Différentes politiques et procédures favorisant une coordination clinique optimale en lien avec différentes situations : fugue, surveillance accrue, télémétrie...

Une organisation dont la gestion humaine des ressources s'est positionnée comme un élément incontournable de l'organisation

- Consolidation des rencontres régulières du personnel et des assistantes des différents secteurs;
- Formation en vue du repérage des clientèles présentant des problèmes de dépendance;
- Visioconférence;
- Formation liée au plan de développement des ressources humaines.

Une instance locale qui exerce un *leadership* en matière de partenariat

- Fondation de l'hôpital de Matane;
- Opération Enfant-Soleil;
- Grand Mc Don;
- Maisons d'enseignement secondaire, collégial et universitaire.

Des équipes qui relèvent des défis

- Guichet d'accès;
- Approche adaptée à la personne âgée à l'hôpital;
- Agrément Canada : équipes qualité, sondages, etc.

Statistiques

Hôpital de Matane

Statistiques hospitalières annuelles		2013-2014 1er avril 2013 au 31 mars 2014	2014-2015 1er avril 2014 au 31 mars 2015
Nombre de jours-présence :	▪ courte durée	12 859	13 957
Nombre de visites :	▪ urgence	21 018	21 442
	▪ consultations externes	29 986	30 275
Total des interventions au bloc opératoire :	▪ usagers	1 731	1 799
Endoscopie :	▪ nombre d'examens	1 483	1 527
Médecine de jour :	▪ usagers	1 670	1 605
	▪ jours-traitements	9 286	9 262
Nombre de procédures pondérées en laboratoires		1 410 119	1 428 462
Nombre d'unités techniques provinciales en électrophysiologie		133 153	134 980
Imagerie médicale :	▪ examens	29 869	28 208
(excluant tomodensitométrie)	▪ unités techniques provinciales	548 939	536 084
Tomodensitométrie :	▪ examens	5 916	5 461
	▪ unités techniques provinciales	120 635	113 331
Nombre d'unités techniques provinciales en inhalothérapie		296 407	334 800
Nombre de jours-traitements en physiothérapie (hôpital et CHSLD)		8 088	8 250
Nombre de jours-traitements en ergothérapie (hôpital et CHSLD)		2 042	2 877
Nombre de repas en alimentation (hôpital et CHSLD)		207 092	207 967
Nombre de kilogrammes de linge lavé à la buanderie (hôpital et CHSLD)		318 835	327 735

Source : Rapport financier annuel (AS-471) et Rapport statistique annuel (AS-478)

Direction des ressources financières, techniques et informationnelles

L'année 2014-2015 a été marquée par différents projets visant à améliorer tant les infrastructures que les systèmes d'information. De plus, les résultats financiers sont à la hauteur des attentes, notre établissement ayant terminé l'exercice 2014-2015 en équilibre.

Un établissement de première ligne : la personne est au centre de nos préoccupations, de nos décisions et de nos actions

SERVICES FINANCIERS

Dans le respect de l'Entente de gestion et d'imputabilité pour l'exercice financier terminant le 31 mars 2015, notre établissement a réussi à atteindre l'équilibre budgétaire malgré la présentation d'un déficit d'exploitation d'environ 800 000 $ en cours d'année soit après la période 6. Ce résultat est expliqué par des efforts constants de révision et d'amélioration de nos façons de faire. De plus, la culture et la rigueur budgétaire ainsi que l'implication de tous nous ont permis de réaliser cet objectif, et ce, pour l'ensemble des unités administratives de notre établissement.

SERVICES TECHNIQUES

Réalisation du plan de conservation et de fonctionnalité immobilière. En 2014-2015, notre CSSS a inscrit en programmation budgétaire des projets totalisant 998 991 $, résultant en un total de 1 434 288 $, incluant les années antérieures, visant à améliorer la sécurité et l'efficience de nos actifs immobiliers. Notons en autres :

- Des modifications visant l'installation d'un nouvel appareil d'analyse de microbiologie au laboratoire;
- Le réaménagement de 5 chambres en obstétrique;
- La réfection d'une partie de l'enveloppe extérieure et de la toiture du bloc opératoire;
- La réfection d'une partie de toiture du Centre d'hébergement;
- La réfection de la toiture de la buanderie de l'hôpital;
- La signature et le lancement d'un projet d'économie d'énergie représentant un investissement de 3 875 321 $ entrainant des économies récurrentes annuelles garanties de 344 803 $;
- Des travaux de mise aux normes incendie au Centre d'hébergement de plus de 150 000 $;

- Le lancement d'un appel d'offres conjoint avec le CSSS de la Matapédia pour le remplacement des systèmes d'appel de garde de l'hôpital de Matane, de l'hôpital d'Amqui, du Centre d'hébergement de Matane et de la résidence Marie-Anne-Ouellet;
- Le remplacement du système de contrôle d'accès du Centre d'hébergement;
- Des travaux pour accueillir les soins infirmiers courants au 3e étage de l'hôpital.

Réalisation du plan de conservation des équipements médicaux, non médicaux et informatiques. Nous avons investi en 2014-2015 un montant de 553 233 $ afin de remplacer nos équipements en fin de vie dans le but de maintenir notre offre de services à la population dont les principaux sont :

- Remplacement du tomodensitomètre (programmation budgétaire);
- Appareil mobile en radioscopie;
- Appareil d'anesthésie au bloc opératoire.

Actualisation du service d'hygiène et salubrité et zones grises en vue d'améliorer l'efficience et la sécurité des usagers/résidents. Les principales réalisations sont :

HYGIÈNE ET SALUBRITÉ

- Intégration du système de gestion des circuits de travail (logiciel Propre) au CHSLD;
- Développement des circuits de travail au CHSLD;
- Ajustement des circuits de travail de l'hôpital en fonction des nouvelles contraintes;
- Uniformatisation des techniques de travail et des connaissances des employés (formation sur les méthodes et techniques de travail en hygiène et salubrité);
- Développement et intégration des formulaires tâches non effectuées et demandes de surplus d'outils pour les employés du service d'hygiène et salubrité en partenariat avec la direction des ressources humaines et du développement organisationnel permettant de diminuer les rappels au travail;
- Initiation d'un audit dans le cadre de la Campagne québécoise des soins sécuritaires, volet prévention et contrôle des infections nosocomiales ainsi que dans le processus d'amélioration continue des prestations de service en hygiène et salubrité.

Zones grises

- Rédaction d'un cahier de procédures de nettoyage et désinfection des zones grises;

- Réalisation d'un projet de 6 mois visant l'intégration des zones grises et la mise en place d'un registre de suivi et traçabilité;
- Achat de civières permettant de diminuer les risques en prévention et contrôle des infections nosocomiales et améliorant l'efficience des interventions des équipes impliquées (unités de soins, hygiène et salubrité, buanderie, etc.).

Service alimentaire

- Fermeture de la cafétéria du CHSLD en raison du très faible achalandage;
- Développement et mise en place d'un projet visant la contribution des préposés au service alimentaire dans l'activité repas.

SERVICES INFORMATIQUES ET ARCHIVES

Dossier santé Québec

Le dossier santé Québec (DSQ) est un dossier de santé électronique. Il permet aux intervenants participants d'accéder à un certain nombre de renseignements de santé aux services de première ligne et à un continuum de soins de qualité. Le DSQ contient les données provinciales d'un usager. Ces renseignements peuvent être consultés avec le visualiseur DSQ.
Le projet du dossier santé Québec a débuté en avril 2014. Plusieurs étapes ont été franchies pour atteindre l'implantation du domaine médicaments (médicaments prescrits et livrés) ;

- Désignation et formation des agents de vérification de l'identité (AVI);
- Désignation et formation des gestionnaires d'autorisation d'accès (GAA);
- Désignation et formation des superutilisateurs;
- Installation du visualiseur sur les postes de travail;
- Délivrance de dispositifs aux utilisateurs ciblés;
- Formations des différents utilisateurs (médecins, infirmières, agente administrative).

À ce jour, plus de 125 dispositifs ont été remis aux utilisateurs et le déploiement s'est effectué dans 15 sites différents.

Une procédure sur les règles d'utilisation du DSQ sera diffusée afin d'encadrer son utilisation.

SI-PMI

Le système d'information pour la protection en maladies infectieuses (SI-PMI) est un registre de vaccination du Québec. Le SI-PMI est un fichier informatisé provincial dans lequel sont inscrites les vaccinations reçues par une personne au Québec. Celui-ci a remplacé le module de vaccination du système informatique I-CLSC. Il permet ainsi aux intervenants de la santé autorisés d'avoir accès, partout au Québec, à l'information disponible sur les vaccins reçus. Il permet également de communiquer rapidement avec les usagers en cas de rappel d'un lot de vaccins ou si vous devez recevoir d'autres doses d'un vaccin.

Le déploiement du SI-PMI a débuté le 17 novembre. Nous étions la deuxième région du Québec à utiliser ce nouveau système.

Direction des programmes et des services aux personnes en perte d'autonomie et à la communauté

Un établissement de première ligne : la personne est au centre de nos préoccupations, de nos décisions et de nos actions.

Cette direction a la responsabilité d'offrir des services préventifs, curatifs et communautaires à la population de son territoire et plus particulièrement aux jeunes et à leurs familles ainsi qu'à toute personne aux prises avec des problèmes de santé mentale. Par ailleurs, différents services plus spécifiques s'adressant aux enfants, aux jeunes et à leur famille sont disponibles. La direction assure également la gestion des services psychosociaux généraux pour toute la communauté débutant par l'accueil, l'analyse, l'orientation et la référence des demandes.

De ces rôles, la direction participe au sein du CSSS à favoriser la primauté de la personne au cœur de ses préoccupations et au centre de ses décisions. En lien avec cette grande mission de première ligne, plusieurs programmes ont été mis en place en lien aussi avec nos collaborateurs externes notamment le groupe en négligence L'Entrain en partenariat avec le centre jeunesse et Parent D'abord.

L'année 2014-2015 fut une année teintée par la visite de l'Agrément Canada, toutes les équipes ont été mobilisées sur l'amélioration continue des services offerts pour la population de La Matanie.

Les normes en santé mentale ont été atteintes.

Volet maintien dans le milieu

Au cours de l'année 2014-2015, les services offerts aux adultes aînés en perte d'autonomie ont bénéficié d'un ensemble de conditions favorisant le maintien dans leur milieu de vie soit :

- En ayant accès à 3 places (lits) dans le cadre de l'offre de service de *l'Unité transitoire en réadaptation fonctionnelle* dans une ressource privée. Pour 2015-2016, cette offre sera augmentée à 4 places (lits);

- Le développement d'une offre de service en collaboration avec les instances locales et régionales concernées, pour toute la clientèle en perte d'autonomie présentant des besoins spécifiques au plan comportemental;

- Le travail de partenariat pour le bien-être de notre clientèle, en réalisant des rencontres d'échanges bimensuelles entre les propriétaires des ressources intermédiaires, le coordonnateur et son équipe de professionnels dédiés;

- La poursuite des travaux dans le cadre du projet d'optimisation au programme de soutien à domicile favorisant l'accessibilité et la continuité des services;

- La poursuite du plan d'actualisation des lignes directrices régionales pour la réalisation du Réseau de services intégrés pour les personnes âgées (RSIPA);

- L'actualisation de l'offre de service en maintien à domicile en réalisant des projets PAD : Projet d'adaptation domiciliaire pour les personnes aux prises avec un handicap physique, une déficience intellectuelle ou un trouble envahissant du développement et personnes en perte d'autonomie avec profil gériatrique;

- La consolidation du plan d'Accès DI-DP-TED en collaboration avec les directions concernées;

- Liens de collaboration avec les partenaires internes pour l'actualisation d'un programme en soins palliatifs;

- Accentuation du repérage pour identifier les personnes en perte d'autonomie, de modérée à grave, afin de les diriger vers le bon service du Réseau local de services (PRISMA-7).

- Actualisation du projet régional (POT-SERG) impliquant les organismes communautaires Relais-Santé et Société d'Alzheimer.

Une organisation, dont la gestion humaine des ressources s'est positionnée comme un élément incontournable de l'organisation :

- Liens de collaboration avec les directions concernées aux processus de recrutement, de rétention et de mobilisation de la main d'œuvre tant pour le secteur des soins infirmiers que pour celui des pratiques professionnelles;

- Participation au comité des horaires CSSS afin d'assurer une juste répartie des effectifs en soins infirmiers dans notre établissement;

- La poursuite de la réorganisation du travail en soins infirmiers dans le programme de Maintien à domicile dans un cadre d'optimisation des ressources humaines et d'amélioration continue de la qualité des services. L'équipe comprend maintenant une assistante du supérieur immédiat (ASI) et deux infirmières auxiliaires.

Une instance locale qui exerce un leadership en matière de partenariat :

- Participation active à la Table des aînés de La Matanie;
- Participation au comité sur la maltraitance;
- Partenariat entre le CSSS, la Commission scolaire des Monts et Marées et le Centre de soutien aux proches aidants du Relais Santé afin d'offrir des ateliers différents pour soutenir les proches aidants;
- Mise en place du service d'évaluation et de réadaptation gériatrique; projet intégrateur en collaboration avec le Relais Santé et la Société d'Alzheimer offrant un Centre de jour à objectif thérapeutique pour une clientèle référée.

Des équipes qui relèvent des défis :

- Évaluation continue de l'ensemble de la clientèle (personnes adultes-aînées en perte d'autonomie, déficience) avec l'outil multiclientèle et déploiement du module plan de services individualisés et d'allocation de services;
- Poursuite du soutien aux clientèles concernées par la référence au programme FAPH (Fonds d'aide aux personnes handicapées) disponible par une demande de service au programme de Maintien dans le milieu;
- Partenariat entre le CSSS, la Commission scolaire des Monts et Marées et le Centre de soutien aux proches aidants du Relais Santé afin d'offrir des ateliers différents pour soutenir les proches aidants;
- Collaboration au comité Municipalité amis des aînés (MADA);
- Rehaussement de services à domicile par l'entremise d'un partenariat avec l'organisme d'économie sociale Service d'aide à domicile et le Chèque Emploi Service (CES);
- Poursuite de signature de protocole d'entente avec les ressources privées pour aînés concernant la loi 90.

Volet communautaire

Une organisation, dont la gestion humaine des ressources s'est positionnée comme un élément incontournable de l'organisation :

- Accent sur le travail d'équipe interdisciplinaire au profit d'un comité d'organisation des services (COS) dans le secteur enfance-famille-jeunesse, santé mentale, déficience intellectuelle et physique et en personne en perte d'autonomie;

- Participation active en sécurité civile tant dans notre communauté qu'en collaboration régionale notamment lors de la tragédie de l'Isle-Verte;

- Poursuite de la réorganisation du travail en santé mentale pour optimiser le fonctionnement de l'équipe interdisciplinaire.

Une instance locale qui exerce un leadership en matière de partenariat :

- Implication aux tables de concertation locales :
  - Table de concertation en santé mentale et dépendances : une seule rencontre pour l'année;
  - Participation régulière de nos représentants professionnels aux tables :
    COSMOSS / 0-5 ans;
    COSMOSS / Hyper sexualisation/Intimidation;
    COSMOSS / Saines habitudes de vie;
    COSMOSS table de coordination
  - Table en violence;
  - Participation des gestionnaires aux tables locales et régionales de concertation;
  - Comité local MSSS-MELSS.

- Renouvellement de nos ententes avec les partenaires (Cuisine collective, Centre d'action bénévole, Parents d'abord);

- Participation active au comité local périnatalité médicale :
  - Harmonisation des services;
  - Optimisation de la communication entre les services pour le bénéfice des parents ;
  - Poursuite du travail visant l'obtention « Initiative Amis des Bébés » (IAB).

- Élaboration avec les partenaires du réseau intégré de la trajectoire de services en dépendances, intégrant les mécanismes d'accès locaux;

- Amélioration de l'arrimage et définition des corridors de services psychosociaux avec le service d'urgence.

Des équipes qui relèvent des défis

- Participation active au processus d'Agrément, nous avons créé une équipe de qualité qui assure les liens entre l'ensemble des équipes de travail;

- Création d'un comité de travail pour la mobilisation du personnel et ainsi favoriser un climat de travail harmonieux, en collaboration avec le syndicat APTS.

SERVICES JEUNESSE – ENFANCE – FAMILLE

Objectifs pour 2014-2015, résultats obtenus :

- Répondre aux orientations ministérielles de notre offre de services entre le service des SIPPE et des jeunes en difficultés et clarifier les entrées statistiques;

- Présenter un thème spécifique pour les pères dans les cours prénataux. Nous avons un taux de participation pour la première cohorte de 80 %;

- Intégrer les marraines d'allaitement du département d'obstétrique afin de répondre plus adéquatement aux besoins de support des mères qui allaitent;

- Maintenir le programme d'interventions en négligence "Entrain"; continuité de groupe à tous les lundis en collaboration avec le Centre jeunesse de Matane, 7 familles, dont 22 enfants rejoints par ce programme. Une équipe d'animation formée de deux professionnelles du Centre jeunesse et d'une professionnelle pour le CSSS de Matane;

- Un projet mis en place par l'infirmière en périnatalité et l'infirmière au scolaire afin d'offrir un service aux adolescentes qui décrochent du milieu scolaire. Ce projet a permis à ces adolescentes de maintenir un service préventif en lien avec la contraception afin de réduire le taux de grossesse auprès de celles-ci;

- Mise en place d'une équipe dédiée en santé mentale jeunesse (services spécifiques) et d'une équipe dédiée pour la clientèle SIPPE. Toutes les équipes ont pour objectif d'améliorer l'accessibilité et la continuité des services pour la clientèle;

- Assurer la mise en oeuvre du plan d'action du comité local MSSS-MELS- (ministère Éducation du Loisir et du Sport, ministère de la Santé et des Services sociaux);

- Informatiser la gestion de l'inventaire des produits immunisants afin d'assurer une meilleure gestion de l'inventaire;

- Maintien des activités de masse en santé dentaire et dépistage ITSS au secondaire.

SERVICES ADULTES

Objectifs 2014-2015; résultats obtenus :

- Intégrer le rôle de l'infirmière en santé mentale dans une équipe interdisciplinaire; depuis janvier 2015 une infirmière s'est jointe à l'équipe en santé mentale, ce qui assure une continuité de soins en collaboration avec les travailleurs sociaux de l'équipe.

- Offrir un service de suivi systématique de la clientèle en santé mentale par une équipe interdisciplinaire; en cours d'intégration. Participation active au comité de travail régional.

- Expérimentation d'une approche de groupe au service de psychologie adulte. À l'automne 2014 nous avons créé un groupe ouvert pour la clientèle en santé mentale afin de favoriser le rétablissement, ce groupe fut constant et rejoint vingt usagers.

- Déployer nos offres de services en adulte gérontologie, mieux identifier les rôles et responsabilités de nos professionnels dans l'équipe en perte d'autonomie, les travaux sont toujours en cours de réalisation.

- Nous avons travaillé à arrimer nos services avec notre partenaire le Marigot. Nous avons conclu avec une collaboration de déployer, en 2015-2016, des groupes préventifs *Mieux Vivre pour mieux répondre aux besoins de notre population.*

SERVICES GÉNÉRAUX

Objectifs 2014-2015; résultats obtenus :

- Création d'une équipe dédiée en services sociaux généraux suite au dépôt du cadre de référence national, ce qui permet d'offrir une réponse rapide à la clientèle dès la réception de la demande au guichet d'accès.

- Arrimage entre les intervenants sociaux au guichet d'accès et les infirmières.

- Participation active en sécurité civile tant dans notre communauté qu'en collaboration régionale notamment lors de la tragédie de l'Isle-Verte. En plus de maintenir les rencontres au niveau stratégique avec les partenaires de la ville de Matane et les premiers répondants (centre action bénévole, croix rouge, ambulanciers, service d'incendie et la sureté du Québec.)

- Promotion de la réponse téléphonique du 811 faites le deux; plusieurs rencontres en collaboration avec les répondants d'info sociale ont été réalisées avec nos équipes.

SANTÉ PUBLIQUE

- Intégration de l'agente en prévention et promotion, appropriation de son rôle en lien avec les volets 1-2 et 3. Un outil promotionnel a été fait afin de diffuser l'information aux partenaires internes et externes.

- Révision du « Plan local en santé publique » : Création d'une table locale en santé publique. Pour l'instant, il s'agit d'une table interne et l'an prochain, nous avons comme défi d'y inclure nos partenaires externes.

- Activités dédiées à la population : nous avons participé au salon de la famille, à la vaccination de masse, à des kiosques promotionnels dans les municipalités, dans les écoles. Plus concrètement nous avons participé et mis en place des activités telles que : pauses-Action, activité passerelle, activité wixx, défi 5-30, activité promotion dans la semaine des transports actifs et collectifs, viactive, en plus de faire des conférences au centre d'éducation aux adultes, au salon des proches aidants. Toutes ces activités découlent de nos priorités, de notre plan local en santé publique.

Statistiques

Volet communautaire

Années	2012-2013		2013-2014		2014-2015	
Service	Nombre de PI-PII-PSI	Nombre d'usagers	Nombre de PI-PII-PSI	Nombre d'usagers	Nombre de PI-PII-PS	Nombre d'usagers
Nombre de P.I. –P.I.I.-P.S.I. (Plan d'intervention, Plan d'intervention intégré et Plan de service intégré)	463	2021	1360 incluant la révision 681 PI unique par usager unique	762	1072	781

Années	2012-2013		2013-2014		2014-2015	
Service	Nombre d'usagers	Nombre d'interv.	Nombre d'usagers	Nombre d'interv.	Nombre d'usagers	Nombre d'interv.
Services médicaux courants :						
• Clinique jeunesse (Polyvalente et Cégep)	343	655	416	830	389	769
▪ Activité de groupe : Santé scolaire	18	235	21 gr./37 présences	592	10 gr./10 présences	129
• Service Planning-MTS-SIDA-IVG	131	169	100	129	147	191
▪ Cons. Médicales au CLSC et en points de services	243	425	265	503	249	449

Années	2012-2013		2013-2014		2014-2015	
Service	Nombre d'usagers	Nombre d'interv.	Nombre d'usagers	Nombre d'usagers	Nombre d'usagers	Nombre demandes
Services psychosociaux AEOI CLSC-CH • Demandes de services	1616	2159	1436	1985	1293	1501
• Nombre d'interventions/court terme					CH : 10 CLSC :83	11 129

Années	2012-2013		2013-2014		2014-2015	
Service	Nombre d'usagers	Nombre d'interv.	Nombre d'usagers	Nombre d'usagers	Nombre d'usagers	Nombre d'interv.
▪ Services psychoéducation JEF	110	390			94	538
▪ Services psychosociaux JF (6-18 ans)	237	1363	27 (prendre note que le retour en fonction en janvier 2014)	98	205	1125
▪ Services psychosociaux scolaires	214	1874		1122		
▪ Services psychosociaux adultes (18 +)			172		342	2484
				1472		
			299			
▪ Psychoéducation (Groupe Anna et la mer)	5	34	0	0		
▪ Groupe Entrain			2 gr/16 présences	72	3 gr./21 présences	144

Années	2012-2013		2013-2014		2014-20154	
Service	Nombre d'usagers	Nombre d'interv.	Nombre d'usagers	Nombre d'interv.	Nombre d'usagers	Nombre d'interv.
Santé parentale/infantile (0-5 ans) : ▪ Périnatalité - Soins infirmiers	382	1263	361	1317	386	1349
▪ Péri. - Services psycho	377	2122	337	1746	273	1066
▪ Prog. Interv.précoce	135	1115	176	1064	162	1129

Années	2012-2013		2013-2014		2014-2015	
Service	Nombre d'usagers	Nombre d'interv.	Nombre d'usagers	Nombre d'interv.	Nombre d'usagers	Nombre d'interv.
Services de santé dentaire	713	1032	613	783	730	1047
▪ Activité de groupe Santé dentaire	25	686	51gr/51 présences	759	51gr/51 présences	556

Années	2012-2013		2013-2014		2014-2015	
Service	Nombre d'usagers	Nombre d'interv.	Nombre d'usagers	Nombre d'interv.	Nombre d'usagers	Nombre d'interv.
Services spécialisés						
▪ Orthophonie (suivi individuel)	152	1272	149	1550	147	1712
▪ Activité de groupe Orthophonie	8 groupes	79			0	0
• Ergothérapie (suivi individuel)	134	679	136	703	139	749
▪ Activité de groupe Ergothérapie	4 groupes	23			0	0

Années	2012-2013		2013-2014		2014-2015	
Service	Nombre d'usagers	Nombre d'interv.	Nombre d'usagers	Nombre d'interv.	Nombre d'usagers	Nombre d'interv.
Service Planning-MTS-SIDA-IVG Inf./social	651	1028	660	1087	584	946
Groupe ITSS-SIDA	5	106 participants	0	0	0	0

Années	2012-2013		2013-2014		2014-2015	
Service	Nombre d'usagers	Nombre d'interv.	Nombre d'usagers	Nombre d'interv.	Nombre d'usagers	Nombre d'interv.
Service de vaccination :						
• Vaccination 0-5 ans	633	1301	602	1201	574	1046
• Voyageurs	456	613	403	594	366	506
• Antigrippale	3656	3686	4185	4239	4129	4173
▪ Vaccination rég. milieu scolaire	423	834	584	952	462	562
▪ Adultes, travailleurs, autres	569	750	469	624	422	562

Années	2012-2013		2013-2014		2014-2015	
Service	Nombre d'usagers	Nombre d'interv.	Nombre d'usagers	Nombre d'interv.	Nombre d'usagers	Nombre d'interv.
▪ Service de psychologie adulte	57	339	47 (prendre note que notre ressource est à la préretraite	421	48	241
▪ Programme SEPPSÉ	18	47	9	35	8	35
▪ Programme SIV	51	561	56	560	45	524
▪ Services groupe SIV	19	428	2gr./13 présences	264	1gr./12 présences	100
▪ Infirmière en santé mentale	47	632	48	610	29	320
▪ Services psychosociaux santé mentale	225	1893	202	1623	219	1780

CONCLUSION

Nous espérons que ce sommaire d'activités a su vous démontrer toute l'implication de nos équipes de travail dans l'atteinte des objectifs qui est d'offrir un service de qualité et sécuritaire pour notre population de la Matanie.

Nous sommes conscients des enjeux face au recrutement du personnel qui se fait de plus en plus difficilement, et ce, à tous les niveaux de titre d'emploi, nous sommes conscients des défis que peut apporter l'intégration d'un centre intégré de santé et services sociaux (CISSS).

Mais avant tout nous sommes conscients de la qualité des services rendus et sommes confiants que ces défis apporteront la créativité et la mobilisation des travailleurs qui ont au cœur de leurs préoccupations la clientèle que nous desservons.

Volet hébergement

En avril 2014, nous avons reçu la visite ministérielle afin d'évaluer la qualité milieu de vie. Dix-neuf recommandations ont été émises pour lesquelles nous devions ensuite produire un plan d'action visant à mettre en place les mesures afin de répondre aux normes ministérielles. Cette démarche nous a amené à procéder à la création d'un comité qualité milieu de vie, composé de résidents, membre du personnel, des bénévoles et des familles. Ce comité participe à l'implantation de l'approche milieu de vie.

En septembre 2014, nous avons reçu la visite d'Agrément Canada. Le but de cette visite est d'évaluer notre conformité aux normes établies pour les soins de longue durée, il s'agit d'une démarche d'amélioration continue de la qualité des services. Nous avons obtenu un taux de conformité de 94 %, ce qui représente une grande amélioration considérant qu'à la visite de 2011, nous avions eu une note de 70 %. Nous aurons à mettre davantage d'efforts sur le programme de réduction des contentions, la formation sur les pompes à perfusion, le programme de gestion de la douleur et l'élaboration d'un programme fin de vie.

Un comité composé d'infirmières et de préposés aux bénéficiaires a été mis en place afin de poursuivre les travaux de réorganisation du travail entrepris l'année précédente. L'objectif poursuivi vise l'amélioration du travail d'équipe afin de répondre aux besoins de la clientèle au moment opportun.

Statistiques
Volet hébergement

Statistiques occupationnelles		2013-2014	2014-2015
Nombre de places :	▪ CHSLD	106	106
	▪ Ressources intermédiaires	60	60
Jours-présence :	▪ CHSLD	37 963	37 658
	▪ Ressources intermédiaires	21 530	20 356
	▪ Ressources de type familial	1 460	408
Taux d'occupation (%) :	▪ CHSLD	98 %	97 %
	▪ Ressources intermédiaires	98 %	93 %
Autres statistiques		**2013-2014** 1er avril 2013 au 31 mars 2014	**2014-2015** 1er avril 2014 au 31 mars 2015
Nombre de repas en alimentation		138 499	136 853

Source : Rapport financier annuel (Formulaire AS-471)

Statistiques

CSSS de Matane (Maintien à domicile)

Années	2013-2014		2014-2015	
Services / programmes	Nombre d'usagers	Nombre d'interv.	Nombre d'usagers	Nombre d'interv.
Accueil maintien à domicile Demandes de services	668	1101	715	1059
• Soins à domicile (incluant RI)	885	10 201	811	10 290
• Aide à domicile	379	10 193	451	12 634
• Psychosociaux à domicile (incluant RI)	514	4275	589	5 842
• Ergothérapie & physiothérapie à domicile	713	3504	506	2 321
• Centre de jour	107	2107	100	526

Années	2013-2014		2014-2015	
Services / programmes	Nombre d'usagers	Nombre d'interv.	Nombre d'usagers	Nombre d'interv.
ACTIVITÉS DE GROUPE				
• Ergo – Physio. à domicile	4	4 (104)	0	0
• Centre de jour	9	712 (10 164)	7	383 (7 814 prés.)

Direction des services professionnels et hospitaliers

La Direction des services professionnels et hospitaliers s'assure de la qualité dans les services professionnels à dispenser autres que les soins infirmiers. De par son rôle-conseil, elle consiste à garantir une surveillance de la qualité de l'acte de ses professionnels et de ses services médicaux, pharmaceutiques et diagnostiques (imagerie médicale, laboratoires et inhalothérapie) couvrant l'ensemble des centres d'activité.

Enfin, cette direction assure la gestion des lits, les transferts et transports inter établissements, le recrutement médical, les corridors de services médicaux, la coordination médicale de la clientèle vulnérable orpheline, tout en étant répondante pour l'établissement dans les dossiers du Curateur public. Elle apporte également du support envers le Conseil des médecins, dentistes et pharmaciens, et du Département de médecine qui inclut particulièrement les services d'urgence, d'obstétrique, de tournée hospitalière, de gériatrie et de médecine interne.

Un établissement de première ligne : la personne est au centre de nos préoccupations, de nos décisions et de nos actions

- Surveillance de la qualité des actes professionnels et des services médicaux.
- Partenariat avec l'équipe PPALV afin d'améliorer la durée moyenne de séjour (DMS), les 24 heures et les moins de 48 h à l'urgence dans le but d'atteindre les cibles de l'entente de gestion.
- Accessibilité accrue et diminution de la liste de la clientèle orpheline (presque tous les usagers inscrits ont été rejoints et ont été priorisés).
- Requêtes d'échographie protocolées par le radiologiste pour la priorisation des demandes (optimisation des listes d'attente).
- Plan d'action pour l'échographie en collaboration avec l'Agence et le MSSS afin de diminuer la liste d'attente.
- Examens de mammographie faits en soirée afin de respecter les délais prévus (selon disponibilité du personnel).
- Visites régulières de pneumologues et cardiologues afin de diminuer les déplacements des usagers.
- Visite de l'ORL, de gynécologues et des pédiatres selon leur disponibilité.
- Disponibilité de certains tests d'allergie sur place (pneumologue, ORL).
- Obtention de la lettre de conformité pour niveau de confinement 2 pour le laboratoire qui répond aux normes et lignes directrices canadiennes sur la biosécurité émis par l'Agence de santé publique du Canada.
- Collaboration de l'unité mobile SARA.
- Demande d'un 2e poste de radiologiste.
- Demande d'un appareil d'échographie.
- Remplacement du tomodensitomètre.

- Préparatif pour le remplacement du mammographe et renouvellement de l'accréditation 2014-2015 en cours.
- Inspection professionnelle en imagerie médicale en septembre 2014.
- Corridor de service avec le CSSS de La Haute-Gaspésie en imagerie médicale.
- COBAS – CAS540 – Osmomètre.
- Préparation soutenue en vue de la visite d'Agrément Canada en septembre 2014
- Implantation d'un cabinet automatique décentralisé à l'urgence pour la distribution des médicaments (SARDM 3).
- Création de postes de coordonnateurs techniques (Banque de sang, biochimie, microbiologie et hématologie).
- Mise en marche d'un comité ADBD.
- Création d'un comité sécurité laboratoire (agrément);
- Conformité centrifugeuses Ébola.
- Corrélations terminées pour appareil à gaz back-up.
- Quatre nouveaux médecins ont amorcé leur pratique, dont trois omnipraticiens et un orthopédiste qui est en poste de dérogation jusqu'à la retraite du Dr Nault.

Une organisation dont la gestion humaine des ressources s'est positionnée comme un élément incontournable de l'organisation

- Développement des compétences afin d'assurer la pérennité des secteurs d'activité spécialisés en imagerie médicale.
- Rencontres d'équipe.
- Externat et mentorat pour le Service des laboratoires.
- Recrutement de personnel et se doter de moyens pour améliorer la rétention.
- Participation aux activités de recrutement (Journée Carrière et Salon des résidents).
- Accueil des stagiaires de dernière année du Collège Ellis en inhalothérapie – volet salle d'opération.

Une instance locale qui exerce un leadership en matière de partenariat

- Partenariat avec le Groupe de médecine familiale (GMF).
- Partenariat avec le CSSS du Grand-Portage pour les prêts de concentrateur d'oxygène et de matériels pour clientèle à domicile dépendante à l'oxygène.
- Partenariat avec le programme national d'assistance ventilatoire à domicile (PNAVD) pour clientèle pédiatrique (Université McGill).
- Partenariat avec le SRSAD (Soins respiratoires spécialisés à domicile adulte avec l'Hôpital Laval.
- Partenariat avec la *Coopérative de santé des gens d'ici.*
- Partenariat avec le *CSSS du Grand-Portage* (Rivière-du-Loup) pour la lecture des mammographies et des tomodensitométries.
- Ensachage des médicaments de longue durée des CSSS de La Mitis et de la Matapédia par entente de service.

- Collaboration particulière en installation afin d'assurer la pérennité du service de chirurgie avec quelques chirurgiens du CSSS Rimouski-Neigette (orthopédie, gynécologie, urologie, chirurgie générale, etc.).

Des équipes qui relèvent des défis

- Diminution des listes d'attente en échographie et en radioscopie.
- Remplacement du tomodensitomètre.
- Recrutement de personnel qualifié.
- Amélioration constante des objectifs ministériels de diminuer la durée moyenne de séjour et de diminuer les 24 heures et les 48 heures à l'urgence.
- Assurer la coordination médicale de la clientèle orpheline et d'améliorer l'accessibilité à un médecin de famille un service de 1re ligne nécessaire.
- Recrutement médical demeure la priorité de la direction.
- Réorganisation du poste en orthopédie suite à la retraite du médecin.
- Collaboration étroite avec le CMDP et les départements de médecine, de chirurgie et de radiologie.
- Assurer la coordination administrative des stages en région des étudiants, externes et résidents en médecine.
- Implantation de la technologie du code à barres à la pharmacie pour la vérification des premières doses afin d'améliorer davantage la sécurité et le processus de distribution de médicaments.
- Amorcer les préparatifs pour le remplacement du mammographe.
- Révision de divers processus et mise à niveaux pour plusieurs normes à la pharmacie dans le cadre d'un projet d'organisation du travail.
- Acquisition en inhalothérapie (nouveaux appareils d'anesthésie, nouveaux respirateurs (V60).

Direction des ressources humaines et du développement organisationnel

Un établissement de première ligne : la personne est au centre de nos préoccupations et au coeur de nos décisions

- Contribue significativement dans les projets d'organisation du travail et de développement organisationnel dans les différents centres d'activités ou services de l'établissement;
- Maintien des programmes de développement des ressources humaines pour l'ensemble de son personnel en collaboration avec les syndicats et les gestionnaires;
- Implication constante dans les préparatifs menant aux changements majeurs dans le réseau de la santé et des services sociaux en termes de gestion du changement à l'intérieur du réseau local de Matane. (PL 10 et PL 15).

Une organisation dont la gestion humaine des ressources s'est positionnée comme un élément incontournable de l'organisation

- Connait la situation de sa main-d'œuvre en lien avec ses besoins et met en place un processus structuré visant à combler les besoins organisationnels;
- Maintien une culture de prévention en santé et sécurité du travail et en gestion des ressources humaines, malgré une équipe locale transitoire en santé et sécurité au travail.

Une instance locale qui exerce un leadership en matière de partenariat

- Maintien des relations basées sur le respect avec ses différents partenaires internes et externes (syndicats, service de paie régionale, maisons d'enseignement, Ministère de travail, comité ÉBOLA etc.);
- S'implique au quotidien dans l'amélioration et le maintien du climat de travail dans ces trois installations;
- Consolidation de l'activité-conseil auprès des gestionnaires et de l'ensemble du personnel.

Des équipes qui relèvent des défis

- Maintien des taux de rétentions enviables pour son personnel et documente les raisons des départs;
- Contribue à l'atteinte des objectifs au niveau de l'entente de gestion et en termes de sécurité et de qualité des soins et des services;
- Diminution des taux d'absentéisme par une gestion efficiente de la présence au travail.

Le CSSS de Matane en chiffre :

Effectifs	2012-2013	2013-2014	2014-2015
Personnes à temps complet	265	269	275
Personnes à temps partiel	208	209	207
Personnes à statut temporaire	111	106	86
Personnel d'encadrement	23	23	17
Total	**607**	**607**	**585**

Tableau des équivalences temps complet (ETC.)

Effectifs	2013-2014	2014-2015
Personnel à temps partiel (ETC.)	165.94	155.83

* Modification du nombre 2013-2014 (128 952.88 h)

Au 31 mars 2015, il y avait une (1) personne salariée en sécurité d'emploi et aucun gestionnaire en stabilité d'emploi. Pour la période du 1er avril 2014 au 31 mars 2015, la Direction des ressources humaines et du développement organisationnel et ses collaborateurs ont procédé à l'embauche de 40 nouvelles ressources, incluant 6 réembauches de personnes retraitées. Nous avons également embauché 28 étudiants dont les dossiers ont été fermés à la fin de leur contrat.

Portrait général des ressources humaines 2014-2015

Personnel	2012-2013	2013-2014	2014-2015
Médecins	(2)30	(4)31	32
Personnel infirmier, de soins de santé et d'assistance	297	303	294
Infirmières	*144*	*147*	*143*
Inhalothérapeutes	*6*	*6*	*6*
Infirmières auxiliaires	*49*	*50*	*48*
Préposés aux bénéficiaires (incluant préposés composés)	*86*	*90*	*90*
Auxiliaires de santé et services sociaux	*12*	*10*	*7*
Intervenants psychosociaux	35	31	29
Intervenants d'autres disciplines	80	83	86
Personnel administratif	83	83	76
Personnel de soutien technique	89	84	83
Personnel d'encadrement	23	23	17
Total	**637**	**638**	**617**

(1) inclut 8 médecins spécialistes.

LOI SUR LA GESTION ET LE CONTRÔLE DES EFFECTIFS DES MINISTÈRES, DES ORGANISMES ET DES RÉSEAUX DU SECTEUR PUBLIC AINSI QUE DES SOCIÉTÉS D'ÉTAT (2014, CHAPITRE 17)

GESTION ET CONTRÔLE DES EFFECTIFS

Suivi de la loi sur la gestion et le contrôle des effectifs

Le CSSS de Matane est en mesure de confirmer, par le tableau ci-dessous, qu'il a respecté la loi sur la gestion et le contrôle des effectifs des ministères, des organismes et des réseaux du secteur public ainsi que des sociétés d'État, pour les trois (3) premiers mois de l'année 2015.

		Total de janvier à mars				
		Travaillées	Heures Supplém.	Total	Nbre ETC	Nbre Individus
11044062 - CSSS de Matane	**2014**	**256 460**	**8 718**	**265 178**	**518**	**588**
	2015	**244 114**	**10 957**	**255 071**	**493**	**562**
	Variation	**(4,8 %)**	**25,7 %**	**(3,8 %)**	**(4,9 %)**	**(4,4 %)**
1 - Personnel d'encadrement	2014	10 914	0	10 914	22	24
	2015	8 039	0	8 039	16	18
	Variation	(26,3 %)		(26,3 %)	(26,6 %)	(25,0 %)
2 - Personnel professionnel	2014	20 540	157	20 697	43	48
	2015	18 961	293	19 254	39	45
	Variation	(7,7 %)	87,0 %	(7,0 %)	(8,2 %)	(6,3 %)
3 - Personnel infirmier	2014	81 072	5 048	86 120	162	186
	2015	78 768	6 196	84 963	158	179
	Variation	(2,8 %)	22,7 %	(1,3 %)	(2,8 %)	(3,8 %)
4 - Personnel de bureau, technicien et assimilé	2014	109 355	2 543	111 897	226	263
	2015	105 464	3 562	109 027	217	260
	Variation	(3,6 %)	40,1 %	(2,6 %)	(3,7 %)	(1,1 %)
5 - Ouvriers, personnel d'entretien et de service	2014	34 575	970	35 545	66	81
	2015	32 883	905	33 788	63	74
	Variation	(4,9 %)	(6,7 %)	(4,9 %)	(4,6 %)	(8,6 %)
6 - Étudiants et stagiaires	2014	4	0	4	0	2
	2015					
	Variation					

CONTRATS DE SERVICES COMPORTANT UNE DÉPENSE DE 25 000 $ ET PLUS, CONCLUS ENTRE LE 1ER JANVIER ET LE 31 MARS 2015

	Nombre	Valeur annuelle
Contrats de services avec une personne physique[1]	1	43 680$
Contrats de services avec un contractant autre qu'une personne physique[2]	0	N/A
Total des contrats de services	1	43 680$

1. Une personne physique, qu'elle soit en affaires ou non.

2. Inclut les personnes morales de droit privé, les sociétés en nom collectif, en commandite ou en participation.

Services de réadaptation en réseau intégré

Depuis septembre 2012 au CSSS de Matane, les services de réadaptation (autre que jeunesse) sont dispensés en réseau de services intégré, pour optimiser l'accessibilité, la continuité et l'efficience dans la prestation de soins et de services. Ce faisant par :

- Une gestion coordonnée de l'ensemble des ressources humaines rattachées aux services de la réadaptation de l'établissement;
- Une organisation de services dispensée sous l'angle du modèle clinique de hiérarchisation de services : le bon service, au bon moment, au bon endroit, par le bon intervenant;
- Une coordination et gestion des demandes dans une perspective de réseau intégré, de priorité de clientèle et d'une meilleure répartition du travail par un comité d'organisation de services réadaptation (COSR) à l'ensemble de la clientèle à desservir : SAD, santé physique (ambulatoire et hospitalisée), l'hébergement.

N.B La clientèle pédiatrique en physiothérapie est incluse à cette offre de service.

Depuis septembre 2014, les services de réadaptation sont sous la gouverne de la direction des programmes et des services aux personnes en perte d'autonomie et à la communauté.

Un établissement de première ligne : la personne est au centre de nos préoccupations et au cœur de nos décisions

Optimisation des services de réadaptation en réseau intégré

- Participation au comité d'organisation des services SAD
- Participation au comité ÉMIP
- Révision des trajectoires des demandes de services pour les clientèles SAD/RI/UTRF/Ambulatoire avec le Guichet d'accès
- Suivi hebdomadaire des clientèles desservies par la réadaptation
- Priorisation des clientèles SAD en réadaptation, des clientèles hospitalisées et ambulatoires selon des critères cliniques
- Participation aux rencontres de l'équipe UTRF pour assurer le suivi et la présentation des nouvelles admissions
- Depuis octobre 2013, les physiothérapeutes travaillent les fins de semaine selon le calendrier opératoire établi des PTG-PTH avec l'implication d'un préposé
- Orientation et intégration des thérapeutes en réadaptation les fins de semaine pour la clientèle PTG-PTH hospitalisée.

- Travaux en cours pour organisation de services les fins de semaine pour les clientèles hospitalisées PTG-PTH selon les ressources disponibles et les conventions collectives.
- Ajout d'un poste de thérapeute en réadaptation physique SAD/RI
- Projet d'aménagement de la salle de pédiatrie en physiothérapie déposé à Opération Enfant-Soleil en octobre 2014 et accepté en mars 2015

Une organisation dont la gestion humaine des ressources s'est positionnée comme un élément incontournable de l'organisation

- Réunions d'équipe aux 8 semaines en 2014
- Rencontres individuelles
- Rencontres par secteurs d'activités
- Supervision clinique hebdomadaire auprès des professionnels du service de la réadaptation
- Une gestion clinico-administrative
- Promotion de la compétence par des activités de transfert des connaissances entre pairs
- Arrivée d'une physiothérapeute en juillet 2014 pour combler un poste vacant
- Accueil d'une stagiaire 4ème année en physiothérapie de l'Université Laval pendant 5 semaines
- Accueil d'une stagiaire 3ème année en réadaptation physique du Cégep François-Xavier Garneau pendant 7 semaines
- Accueil d'une stagiaire 3ème année en réadaptation physique du Centre Matapédien d'études collégiales pendant 7 semaines
- Démarches de recrutement pour un ergothérapeute

Une instance locale qui exerce un leadership en matière de partenariat

- Participation au comité de gestion DPSPPAC
- Implication dans les travaux du comité d'implantation de l'approche adaptée à la personne âgée en milieu hospitalier
- Participation aux travaux cliniques du projet SERG
- Partenariat au programme PAD, comité d'aide à l'hygiène, programme FAPH
- Participation aux équipes interdisciplinaires CHSLD / RI et UTRF
- Partenariat avec la liaison SAD et le Guichet d'accès
- Partenariat avec l'équipe de la clinique neurodéveloppementale

- Participation au comité interdisciplinaire chutes-contentions
- Participation au comité de soins de plaies
- Participation au comité de traumatologie
- Participation au comité continuum AVC
- Participation à l'équipe qualité médecine-chirurgie Agrément 2014
- Participation au comité d'orientation admission

Une équipe qui relève des défis

Nous sommes dans un point tournant du secteur de la réadaptation, le principal enjeu en regard de la centralisation de ses services en réseau intégré est de maintenir une accessibilité centrée sur les besoins prioritaires de notre clientèle. De plus en plus la réadaptation se trouve dans tous les secteurs d'activités avec des objectifs bien précis et adaptés au programme concerné. L'avenir s'annonce pour un développement de nos services, des lignes directrices sous une gouverne régionale et des pratiques uniformisées au sein du nouveau CISSS du Bas St-Laurent.

Voici les résultats significatifs selon les données statistiques 2013-2014

Physiothérapie Hôpital-CHSLD	2014-2015	2013-2014	2012-2013
Nb de jours-traitements	7988	8 088	7 570
Nb de références reçues	1057	1 005	1 008
Nb d'usagers différents	917	850	952
Nb d'heures de prestation	7845	8012	7640

Ergothérapie Hôpital-CHSLD	2014-2015	2013-2014	2012-2013
Nb de jours-traitements	1361	1 339	1 232
Nb de références reçues	419	403	300
Nb d'usagers différents	358	366	296
Nb d'heures de prestation	1363	1445.25	1281.75

Source : SiRéapt

Physiothérapie CLSC	2014-2015	2013-2014	2012-2013
Nb d'usagers	117	148	118
Nb d'int. et activités	1185	1 620	720

Physiothérapie RI			
Nb d'usagers	53	72	23
Nb d'int. et activités	412	367	113
Ergothérapie CLSC			
Nb d'usagers	433	450	490
Nb d'int. et activités	1892	1 801	1 805
Ergothérapie RI			
Nb d'usagers	73	71	48
Nb d'int. et activités	301	354	218
Ergothérapie PAD/SHQ			
Nb d'usagers	28	20	50
Nb d'int. et activités	128	191	403

Source : I-CLSC

Chapitre 3

Pages financières

Les états financiers du CSSS de Matane ont été complétés par la direction qui est responsable de leur préparation et de leur présentation fidèle, y compris les estimations et les jugements importants. Cette responsabilité comprend le choix des conventions comptables appropriées qui respectent les Normes comptables canadiennes pour le secteur public ainsi que les particularités prévues au Manuel de gestion financière édicté en vertu de l'article 477 de la Loi sur les services de santé et les services sociaux. Les renseignements financiers contenus dans le reste du rapport annuel de gestion concordent avec l'information donnée dans les états financiers.

Pour s'acquitter de ses responsabilités, la direction maintient un système de contrôles internes qu'elle considère nécessaire. Celui-ci fournit l'assurance raisonnable que les biens sont protégés, que les opérations sont comptabilisées adéquatement et au moment opportun, qu'elles sont dûment approuvées et qu'elles permettent de produire des états financiers fiables.

La direction du CSSS de Matane reconnaît qu'elle est responsable de gérer ses affaires conformément aux lois et règlements qui la régissent.

Le conseil d'administration surveille la façon dont la direction s'acquitte des responsabilités qui lui incombent en matière d'information financière et il a approuvé les états financiers. Il est assisté dans ses responsabilités par le comité de vérification. Ce comité rencontre la direction et l'auditeur examine les états financiers et en recommande l'approbation au conseil d'administration.

Les états financiers ont été audités par la firme Raymond Chabot Grant Thornton dûment mandatée pour se faire, conformément aux normes d'audit généralement reconnues du Canada. Son rapport expose la nature et l'étendue de cet audit ainsi que l'expression de son opinion. La firme Raymond Chabot Grant Thornton peut, sans aucune restriction, rencontrer le comité de vérification pour discuter de tout élément qui concerne son audit.

Isabelle Malo, présidente-directrice générale
CISSS du Bas-St-Laurent

Caroline Morin,
Directrice des ressources financières
CISSS du Bas-St-Laurent

Raymond Chabot
Grant Thornton

Rapport de l'auditeur indépendant sur les états financiers résumés

Raymond Chabot Grant Thornton
S.E.N.C.R.L.
305, rue de la Gare
Case postale 305
Matane (Québec) G4W 3N2

Téléphone : 418 562-0203
Télécopieur : 418 562-9411
www.rcgt.com

Aux membres du conseil d'administration du
Centre de santé et de services sociaux de Matane

Les états financiers résumés ci-joints, qui comprennent l'état de la situation financière au 31 mars 2015 et les états des résultats, des surplus (déficits) cumulés, de la variation des actifs financiers nets (dette nette) et des flux de trésorerie pour l'exercice terminé à cette date ainsi que les notes complémentaires pertinentes, sont tirés des états financiers audités de Centre de santé et de services sociaux de Matane pour l'exercice terminé le 31 mars 2015. Nous avons exprimé une opinion sans réserve sur ces états financiers dans notre rapport daté du 15 juin 2015 (voir ci-dessous).

Les états financiers résumés ne contiennent pas toutes les informations requises par les Normes comptables canadiennes pour le secteur public. La lecture des états financiers résumés ne saurait donc se substituer à la lecture des états financiers audités de Centre de santé et de services sociaux de Matane.

Responsabilité de la direction pour les états financiers résumés

La direction est responsable de la préparation d'un résumé des états financiers audités conformément aux critères décrits dans l'annexe 1 de la circulaire relative au rapport annuel de gestion (codifiée 03.01.61.19) publiée par le ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec (MSSS).

Responsabilité de l'auditeur

Notre responsabilité consiste à exprimer une opinion sur les états financiers résumés, sur la base des procédures que nous avons mises en œuvre conformément à la Norme canadienne d'audit (NCA) 810, « Missions visant la délivrance d'un rapport sur des états financiers résumés ».

Opinion

À notre avis, les états financiers résumés tirés des états financiers audités du Centre de santé et de services sociaux de Matane pour l'exercice terminé le 31 mars 2015 constituent un résumé fidèle de ces états financiers, conformément aux critères décrits dans l'annexe 1 de la circulaire relative au rapport annuel de gestion (codifiée 03.01.61.19) publiée par le MSSS.

Membre de Grant Thornton International Ltd

Référentiel comptable et restriction à l'utilisation

Notre rapport d'audit sur les états financiers audités, daté du 15 juin 2015, contenait un paragraphe dans lequel nous attirions l'attention sur la note des états financiers décrivant le référentiel comptable appliqué. Les états financiers audités ont été préparés dans le but d'aider *le Centre de santé et de services sociaux de la Matane* à répondre aux exigences en matière d'information financière du MSSS. En conséquence, il est possible que ces états financiers ne puissent se prêter à un usage autre. Étant donné que les états financiers résumés sont tirés des états financiers audités, il est également possible qu'ils ne puissent se prêter à un usage autre. Notre rapport est destiné uniquement au *Centre de santé et de services sociaux de Matane* et au MSSS et ne devrait pas être utilisé par d'autres parties.

[1]

Raymond Chabot Grant Thornton, SENCRL

Matane
Le 26 juin 2015

---

[1] CPA auditeur, CA permis de comptabilité publique nº A110699

Nom de l'établissement	Code	Page / Idn.
CSSS de Matane	1104-4862	148-00 /

exercice terminé le 31 mars 2015 - AUDITÉE

ÉTAT DU SUIVI DES RÉSERVES, COMMENTAIRES ET OBSERVATIONS FORMULÉS PAR L'AUDITEUR INDÉPENDANT

Signification des codes :
Colonne 3 « Nature » :
R : Réserve O : Observation C : Commentaire
Colonne 5,6 et 7 « État de la problématique » :
R : Réglé PR : Partiellement Réglé NR : Non Réglé

ÉTAT DU SUIVI DES RÉSERVES, COMMENTAIRES ET OBSERVATIONS FORMULÉS PAR L'AUDITEUR INDÉPENDANT						
Description des réserves, commentaires et observations	**Année 20XX-XX**	**Nature (R, O ou C)**	**Mesures prises pour régler ou améliorer la problématique identifiée**	**État de la problématique au 31 mars 2014**		
1	2	3	4	**R** 5	**PR** 6	**NR** 7
Rapport de l'auditeur indépendant portant sur les états financiers						
		S/O				
Rapport de l'auditeur indépendant portant sur les unités de mesure et les heures travaillées et rémunérées						
L'usager (ca 6710): compilation inadéquate	2011-2012	R	Nous avons demandé au service concerné d'apporter les correctifs nécessaires.	X		
Rapport de l'auditeur indépendant portant sur le respect des conditions de rémunération en vigueur lors de l'octroi de contrats soumis à la directive ministérielle 2012-026 ou à l'article 2 du Règlement sur certaines conditions de travail applicables aux cadres						
		S/O				
Questionnaire à remplir par l'auditeur indépendant (vérificateur externe)						
Comptabilisation de l'amortissement	2011-2012	C	Les soldes d'ouverture des comptes ont été redressés.	X		
Fonctions incompatibles	2011-2012	C	Des contrôles compensatoires ont été mis en place afin de pallier à certaines lacunes.		X	
Politique d'achat et de gestion	2011-2012	C	La politique est révisée. Il reste à obtenir l'approbation du conseil d'administration.		X	
Registre permanent des immobilisations non implanté	2011-2012	C	Aucune			X
Vérification et approbation des rapports périodiques de compilation statistique	2011-2012	C	Le contrôle a été mis en place cette année.	X		

AS-471 - Rapport financier annuel Gabarit LPRG-2015.1.0 Émise: 2012-2013

Timbre validé: 2015-06-12 14:54:05 Rapport V 1.0

Fonction de surveillance des plaintes des parties prenantes concernant la comptabilité et la présentation financière	2011-2012	C	Le commissaire aux plaintes peut pallier à cette lacune.	X		
Absence de politique pour les écritures de journal	2011-2012	C	Une politique a été adoptée au cours de l'exercice par le comité de direction. La politique a été mise en application à partir du 14 janvier 2015	X		
Absence de procédures pour la vérification des journaux d'incidents en sécurité des actifs informationnels	2011-2012	C	Aucune			X
Rapport à la gouvernance						

EXTRAIT DES ÉTATS FINANCIERS

Les renseignements suivants sont extraits du rapport financier AS-471 dont une copie est accessible sur notre site internet.

Voir annexe 1

Chapitre 4

Conseil d'administration et ses comités

Il nous fait plaisir de vous présenter les administrateurs qui siègent au sein des différents collèges électoraux, depuis les élections de l'automne 2011. Le nouveau conseil d'administration a amorcé son mandat le 1er février 2012, et ce, pour une durée de quatre ans.

Collèges électoraux et de désignation

Population :	Michel CÔTÉ Ginette DORÉ
Comité des usagers :	Micheline VERREAULT Poste vacant (1)
Conseil des médecins, dentistes et pharmaciens (CMDP) :	Renée GAGNON
Conseil des infirmières et infirmiers (CII) :	Marie-Claude VERREAULT
Conseil multidisciplinaire (CM) :	Johanne CASTONGUAY
Personnel non clinique :	Johanne OUELLET
Fondation :	Jean-Charles CARON
Agence de la santé et des services Sociaux du Bas-Saint-Laurent :	Lucie LAPOINTE Line ROSS
Cooptation :	Olivier BANVILLE Jean-François CARON Jean NAZAIR Louis PELLETIER Noémie L'Italien Poste vacant (1)
Directrice générale et secrétaire :	Nicole MORIN

Le comité de gouvernance et d'éthique

Président :	Olivier BANVILLE, président
Substitut :	Michel CÔTÉ
Membres :	Louis PELLETIER
	Lucie LAPOINTE
	Nicole MORIN

Le comité de vigilance et de la qualité

Président :	Jean NAZAIR
Membres :	Jacques DESCHÊNES, commissaire local aux plaintes et à la qualité des services
	Louis PELLETIER
	Nicole MORIN, directrice générale
	Ginette DORÉ
	Micheline VERREAULT

Le comité de vérification

Président :	Jean-Charles CARON
Membres :	Jean-François CARON
	Michel CÔTÉ
	Louis PELLETIER

Le comité administratif

Président :	Louis PELLETIER
Membres :	Jean NAZAIR
	Line ROSS
	Nicole MORIN

Le comité de révision des plaintes

Président :	Jean Nazair
Membres :	Pierre Lapointe, M. D.
	Renée GAGNON, M. D.

Le comité d'évaluation du directeur général

Président :	Louis PELLETIER
Administrateur :	Line ROSS
Administrateur :	Jean-Charles CARON

Le comité d'évaluation du commissaire local aux plaintes et à la qualité des services

Président :	Louis PELLETIER
Administrateur :	Jean-Charles CARON
Administrateur :	Jean NAZAIR

Les gestionnaires du Centre de santé et de services sociaux de Matane

Directrice générale	Nicole MORIN
Directeur des ressources financières techniques et informationnelles	Richard PERRON, par intérim
Directeur des ressources humaines et du développement organisationnel	Luc GUILBEAULT
Directrice des services professionnels et hospitaliers	Annie LAVOIE, M. D.
Directrice des programmes et des services aux personnes en perte d'autonomie et à la communauté	Suzanne BÉRUBÉ
Directrice des soins infirmiers	Danielle SAVARD
Directrice de la santé physique	Esther OTIS
Commissaire aux plaintes et à la qualité des services	Jacques DESCHÊNES

COORDONNATEURS ADMINISTRATIFS

Conseiller en gestion des ressources humaines	Wayne GRANT
Conseiller en santé et sécurité au travail	Yannick Raymond (au 13 juin 2014)
Coordonnatrice des services financiers	Julie DUMOUCHEL-DESCHÊNES
Coordonnateur des services techniques	François DUBÉ
Coordonnateur des services alimentaires, nutrition clinique et hygiène et salubrité	Christian OUELLET
Coordonnatrice des services aux clientèles hospitalisées	Éric TREMBLAY
Coordonnatrice des services ambulatoires	Louise GAGNÉ
Coordonnateur du maintien dans le milieu	Réald LANGLAIS
Coordonnatrice des services d'hébergement	Marie-Hélène FILLION
Responsable de la qualité et coordonnatrice des services de réadaptation	Gino BEAUDOIN, par intérim
Coordonnatrice des services diagnostiques et adjointe à la DSPH	Isabelle OUELLET, par intérim
Coordonnatrice des services de réception, archives médicales, données cliniques	Isabelle OUELLET
Adjointe à la direction des programmes et des services aux personnes en perte d'autonomie et à la communauté	Julie SUTTON
Responsable aux communications (contractuel)	Mélissa RICHARD

Chapitre 5

Rapport des conseils et des comités

Comité exécutif du conseil des infirmières et infirmiers – CECII

Composition

Les membres du CECII se sont réunis deux fois pour des rencontres de travail soit le 16 mai 2014 et le 5 février 2015 et à 5 reprises pour des rencontres ordinaires qui se sont tenues les 1er mai 2014, 8 octobre 2014, 27 novembre 2014, 10 décembre 2014 et le 20 mars 2015.

À la suite des élections du printemps 2014, il y a eu réélection par acclamation de :

M^mes^ Marie-Claude Verreault, vice-présidente (hôpital)
Marie-Noël Fortin (hôpital)

Et élection par acclamation de :

M^me^ Angie Raymond (CHSLD)

Donc, à compter d'avril 2014, les membres du CECII sont :

M^mes^ Kathy-Alexandre Chenel, présidente (hôpital)
Marie-Claude Verreault, vice-présidente (hôpital)
Édith Roy, secrétaire (hôpital)
Angie Raymond, observatrice (CHSLD)
France Legendre, déléguée aux communications (CLSC)
Marie-Noël Fortin, conseillère (hôpital)

La directrice des soins infirmiers, M^me^ Danielle Savard, et la directrice générale, M^me^ Nicole Morin, sont également présentes à toutes nos réunions et contribuent à enrichir nos points de discussion.

Mandat

Le mandat du CECII est d'apprécier de manière générale la qualité des actes infirmiers dans le CSSS de Matane en formulant des recommandations au conseil d'administration (CA) concernant la qualité et la sécurité des soins, les règles de soins infirmiers et les ordonnances collectives, l'évaluation et le maintien de la compétence infirmière et tout autre dossier confié par la directrice générale, le conseil d'administration et/ou la directrice des soins infirmiers.

Cette année, dans le plan d'action 2014-2015, nous retrouvons six (6) objectifs :

1. Poursuivre les dossiers prioritaires en lien avec le rapport d'inspection de l'OIIQ 2010.
2. Augmenter la visibilité du CECII au CSSS de Matane.
3. Faire connaître les activités réservées aux infirmières.
4. Implanter le comité Relève infirmière au sein du CSSS de Matane.
5. Favoriser la formation continue.
6. Identifier les stratégies d'actions pour diminuer les erreurs de médicaments.

Bilan des activités

- **Le 15 mai 2014** s'est tenu le souper de l'infirmière au restaurant le Belle-Plage sous le thème « Des expertises multiples, une profession unique » avec chanteuse invitée. Bonne participation des infirmières à cette activité avec une belle ambiance.

- **Assemblée générale annuelle - le 24 mai 2014 :** L'assemblée générale annuelle a eu lieu le 29 mai 2014. Présentation de deux candidatures soumises à l'ordre régional des infirmiers et infirmières :
  - Prix Relève régionale (M^me^ Kathy-Alexandre Chenel);
  - Prix Reconnaissance régionale (M^me^ Anne Gauthier).

- **Prix Relève régionale 2014** : M^me^ Kathy-Alexandre Chenel a remporté le prix Relève régionale 2014.

- **Comité Relève** : Dix personnes ont démontré leur intérêt pour siéger au comité. Malheureusement, suite à l'incertitude de l'avenir des comités avec la Loi 10, la création du comité Relève est retardée.

- **Projet Loi 10** : Le projet de Loi 10 présenté le 25 septembre 2014 a été adopté le 9 février 2015 ce qui cause l'abolition des CII dès le 1^er^ avril 2015. Un nouveau comité sera créé pour l'ensemble du CISSS.

- **Commission infirmière régionale** : La CIR sera abolie par la Loi 10 et en novembre 2014, la CIR a émis des recommandations au CA de l'agence de Santé et des Services sociaux sur le CISSS afin de mettre en place des conditions organisationnelles qui assurent une gouverne forte en soins infirmiers dans le cadre du CISSS.

- **Agrément septembre 2014** : Les résultats de la visite d'Agrément Canada sont les suivants :
  - 97 % de conformité pour les critères élevés;
  - 94 % de conformité pour l'établissement ce qui représente environ 2 500 normes;

  Les équipes qualité ont été très appréciées et leur travail a été concluant si on se fie aux résultats.

- **Rapport d'évaluation rétrospective des formulaires d'erreurs de médicaments** : Des stratégies d'actions ont été identifiées par secteurs d'activités afin de diminuer les erreurs de médications. Un suivi sera fait périodiquement avec les rapports d'erreurs de médicaments (4 fois/année) et sera publié dans chaque secteur.

- **Activités réservées aux infirmières auxiliaires – Ordonnances téléphoniques et verbales** : Les membres du CECII et M^me^ Danielle Savard se sont positionnés sur la prise d'ordonnances téléphoniques et verbales qui ne doivent pas être prises par une infirmière auxiliaire. Une note de service a été distribuée à ce sujet.

- **Article dans la Passerelle en juillet 2014** : Un article élaboré par Nathalie Jomphe, infirmière auxiliaire et membre du CECIIA, et France Legendre, infirmière et déléguée aux communications du CECII, décrivant les objectifs et plan d'action du CII a été diffusé.

- **Réorganisation en CHSLD** : La réorganisation au CHSLD n'est pas terminée, mais le changement des quarts de travail survenu au CHSLD en vigueur depuis le 16 novembre 2014 a des impacts positifs sur :

  - Les rapports infirmiers;
  - Le temps de disponibilité avec le médecin lors des tournées médicales;
  - Les sorties des chariots de médicaments.

- **Présence d'infirmière en CHSLD** : Au CSSS de Matane, il y a la présence d'au moins une infirmière sur chaque quart de travail, ce qui correspond aux recommandations du MSSS qui a pris comme position qu'il doit toujours y avoir une infirmière présente sur tous les quarts de travail en CHSLD.

- **Colloque CII-CIR en octobre 2014** : Le colloque du CII-CIR s'est tenu à Rivière-du-Loup le 17 octobre 2014 sur les sujets suivants :

  - Formation de 4 heures accréditées sur le PTI par M. Joël Brodeur, inf., MSc, Administration et infirmier conseil à la direction Développement et soutien professionnel de l'OIIQ.

  - Thème du CII, son rôle, ses responsabilités et ses partenariats dans un contexte de développement du pouvoir d'influence par Mélanie Boucher, inf., B. SC. D.E.S.G.O.S.S.S, DSI de la Vallée-de-l'Or et présidente de l'ACIIQ.

- Les membres qui ont participé sont M[mes] Danielle Savard, Angie Raymond, Marie-Claude Verreault, Kathy-Alexandre Chenel et Katia Tremblay.

- **Congrès de l'OIIQ en novembre 2014** : Les déléguées de l'ordre régional, Kathy-Alexandre Chenel et Louise Gagné, accompagnées par M[me] Danielle Savard ont participé au congrès de l'OIIQ « La santé dans tous ses états ».

- **Conseillères cliniques** : Les conseillères cliniques du CSSS de Matane participent à nos réunions, soutiennent leurs équipes au travail et créer divers outils et formations afin d'améliorer la qualité des soins : kardex, règle de soins sur la gestion de la douleur, Loi 90 sur les activités d'exception confiées aux non-professionnels, formation sur les troubles du comportement, etc.
  Elles sont très préoccupées et actives pour corriger les situations qui peuvent avoir des conséquences sur la qualité des soins.

- **Rehaussement des compétences au SAD et CHSLD** : Le rehaussement des compétences au SAD et CHSLD se poursuit suite à la formation donnée par Philippe Voyer sur l'examen clinique sommaire de l'aîné. La conseillère clinique Katia Tremblay soutient ses équipes en les encourageant à utiliser le formulaire DT0594 « Examen clinique infirmier » afin d'avoir une évaluation infirmière complète. Un suivi avec les mentors et les équipes est à planifier. Une supervision clinique a été faite aux infirmières pour consolider leurs connaissances et améliorer leurs compétences.

- **PTI** : Une formation sur le PTI a été donnée au CHSLD à l'automne 2014 par M[mes] Jacinthe Savard et Katia Tremblay étant donné que le besoin était urgent à cet établissement. Une formation sera donnée en avril-mai 2015 à l'hôpital et au CLSC.

- **Notes au dossier** : Une formation sur les notes d'évolution adressée aux infirmières et aux infirmières auxiliaires du CSSS a été donnée par M[me] Jacinthe Savard.

- **Mesures de contrôle** : Révision du » Protocole d'application des mesures de contrôle : contention, isolement et substances chimiques » incluant les formulaires. Une formation est planifiée en mars 2015 aux professionnels qui ont à les utiliser.

- **Constat de décès à distance** : Les infirmières du SAD seront en mesure de procéder au constat de décès à domicile dès avril 2015. Un protocole infirmier a été élaboré à cet effet en collaboration avec l'unité de coordination clinique des services préhospitaliers du CSSS d'Alphonse-Desjardins de Lévis.

- **Ordonnances collectives** : Elles sont amenées aux membres du CECII pour informations et commentaires, s'il y a lieu.

  Les ordonnances collectives qui ont été présentées au CECII sont :

  - Initier l'installation du collier cervical;
  - Initier des tests de dépistage de diarrhée associée à une éclosion;
  - Initier des mesures diagnostiques d'infections transmissibles sexuellement et par le sang (ITSS) chez une personne symptomatique;

- Initier le traitement de l'infection gonococcique et l'infection génitale à Chlamydia trachomatis suite à un dépistage (cas index);
- Initier le traitement de l'infection gonococcique et l'infection génitale à Chlamydia trachomatis (partenaire d'un cas diagnostiqué positif à la suite d'un dépistage);
- Administration de Naloxone (Narcan) à la salle de réveil;
- Initier des mesures diagnostiques chez un usager présentant une douleur abdominale (remplace la fiche n° 92);
- Initier le dépistage de la malnutrition;
- Initier des tests de dépistage de diarrhée associée à une éclosion;
- Initier le dépistage de la diarrhée associée au Clostridium difficile (DACD);
- Initier le retrait du matelas immobilisateur chez un usager victime de traumatisme avant l'évaluation médicale;
- Initier les références requises à la physiothérapie;
- Initier un bilan sanguin et urinaire à l'admission d'une parturiente (≤ 36 semaines);
- Initier un dépistage de la bactérie streptocoque bêta-hémolytique du groupe B auprès de la parturiente qui a entre 35 à 37 semaines de gestation;
- Initier le dépistage des bactéries multirésistantes : SARM, ERV et EM;
- La prévention de bouchons de cérumen;
- Initier le dépistage du virus de l'influenza (mise à jour);
- Poursuivre les ordonnances pharmacologiques et médicales d'un usager identifié en soins palliatifs;
- Initier un traitement antifongique topique au Clotrimazole 1 %;
- Initier le traitement de cessation tabagique à l'aide d'une thérapie de remplacement à la nicotine ou de médicaments tels que la varénicline (Campix) ou le buproprio (Zyban ^{mc});
- Acide folique et multivitamines chez les femmes suivies dans le cadre des programmes OLO et SIPPE;
- Administration d'oxygène (O_2) en situation d'urgence (révision);
- Administrer de la nitroglycérine en pulvérisation chez un usager/résident présentant une douleur rétrosternale;
- Initier des mesures diagnostiques et thérapeutiques chez un usager à l'urgence présentant une douleur rétrosternale;
- Initier et assurer le suivi des résultats de laboratoire recommandés pour les usagers diabétiques de type II;
- L'ajustement d'insuline lors du suivi conjoint des usagers diabétiques de type II;
- Ajustement des antihyperglycémiants oraux (AHGO) lors du suivi conjoint des usagers diabétiques de type II;
- Administration de Benadryl (dipenhydramine) à l'urgence au triage (révision).

Sensibilisation des infirmières à la formation continue

Deux comités relèvent du CECII :

- CAQAI
- Comité de maintien et de promotion de la compétence.

Les comités suivants ne relèvent pas du CECII, mais des infirmières siègent au sein de chacun :

- Comité de pharmacologie;
- Comité de gestion des risques;
- Comité de soins de plaies;
- Comité de prévention des chutes et contentions;
- Comité de prévention et contrôle des infections;
- Conseil d'administration : une infirmière représentante du collège de désignation – CII.

Perspectives d'action pour l'année 2015-2016

- Malgré l'abolition du CECII suite à l'adoption de la Loi 10, il sera important de réfléchir à une nouvelle façon de procéder localement pour continuer à travailler sur la qualité des soins dans nos installations qui font partie du CISSS.

Merci à chacune des membres pour votre implication au sein du CECII!

La présidente, Kathy-Alexandre Chenel

Adopté au CECII : 2015-03-20

Comité exécutif du comité des infirmiers et infirmières auxiliaires CECIIA

Composition

Le CECIIA a tenu trois réunions soit le 16 octobre 2014, le 27 novembre 2014 et le 12 février 2015, en présence de la directrice des soins infirmiers, M[me] Danielle Savard.

Lors de l'élection d'octobre 2014, Marie-Josée Simard a été réélue et Josiane Huard a été nouvellement élue.

L'exécutif formé lors de la réunion du 16 octobre 2014 est composé de :

- Marie-Josée Simard, présidente;
- Nathalie Jomphe, vice-présidente;
- Isabelle Boucher, secrétaire;
- Josiane Huard, membre

Mandat

Le mandat du comité exécutif (CECIIA) est d'apprécier la qualité des soins infirmiers posés par les personnes qui exercent des activités d'infirmier(ère) auxiliaire, de donner son avis sur les moyens à prendre pour évaluer et maintenir la compétence de l'ensemble des personnes qui exercent cette profession dans l'établissement. Également, de faire des recommandations au comité exécutif du conseil des infirmières et infirmiers sur la distribution appropriée des soins dispensés.

Bilan d'activités

- Plan d'amélioration de la qualité de l'exercice des infirmiers et infirmières auxiliaires réalisé et déposé à l'OIIAQ en juillet 2014 suite à la visite de l'inspection professionnelle de juin 2013. En septembre 2014, les membres du comité d'inspection professionnelle nous confirment leur satisfaction face aux moyens qui ont été proposés afin de corriger les lacunes observées;
- Poursuite des activités pour augmenter la visibilité du CECIIA telle que la parution d'un article dans la Passerelle en collaboration avec le CECII;
- Différentes stratégies d'actions mises en place pour augmenter la présence des infirmières auxiliaires à l'AGA, plus de 50 % des membres ont participé et assisté à un souper;
- Intégration des infirmiers(ères) auxiliaires en plus grand nombre dans les équipes de soins, tels qu'en immunisation, salle d'observation, clinique externe et soutien à domicile. Deux nouveaux postes créés en soutien à domicile;
- Révision des activités professionnelles qui sont réservées aux infirmiers(ères) auxiliaires et en lien avec le document « Rôles et responsabilités des membres de l'équipe de soins »;
- Règle de soins sur la gestion de la douleur;

- Planification d'une activité sous forme de midi-clinique dans le cadre de la semaine de l'infirmière auxiliaire pour le déploiement d'un outil sur les activités réservées;
- Activité autorisée sur la thérapie intraveineuse complétée pour toutes les infirmières auxiliaires qui avaient reçu la formation initiale;
- Préoccupation des membres du CECIIA à requestionner certaines pratiques au quotidien, à savoir si c'est autorisé à l'infirmière auxiliaire ou si c'est fait selon les méthodes de soins infirmiers;
- Sensibilisation des infirmiers(ères) auxiliaires à la formation continue (10 h X 2 ans);
- Présence active de deux membres aux réunions du CECII.

Perspectives d'action pour l'année 2015-2016

Même si le projet de Loi 10 vient abolir les instances professionnelles locales, nous demeurons ouverts à d'éventuels projets ou dossiers à traiter pour l'année 2015-2016.

En conclusion, l'année 2014-2015 aura permis de faire avancer certains dossiers que le CECIIA avait à cœur. Ce fût un plaisir pour nous d'être impliquées dans des décisions de l'établissement par le CECIIA.

Avec la collaboration des membres du CECIIA :Marie-Josée Simard, présidente
Nathalie Jomphe, vice-présidente
Isabelle Boucher, secrétaire
Josiane Huard, membre déléguée

Adopté au CECII le 2015-03-20

Comité de prévention et contrôle des infections - PCI

Les membres du comité de prévention et contrôle des infections sont :

- Dre Pascale Fournier, médecin responsable en prévention et contrôle des infections
- Dre Francine Tourangeau, médecin microbiologiste
- Solange Caron, infirmière CLSC
- Monique Ouellet, assistante chef du laboratoire
- Louise Gagné, coordonnatrice des services ambulatoires
- Annick Gagné, infirmière ASI CHSLD (retour en mars 2015)
- Angie Raymond, infirmière CHSLD par intérim (avril 2014 à février 2015)
- Nicole Morin, directrice générale
- Valérie Bernier, infirmière hôpital
- Marie-Ève Martin St-Pierre, infirmière conseillère en prévention et contrôle des infections
- Grégoire Silvy, préventionniste du Service de santé et sécurité au travail (avril-septembre 2014)
- Lise Ross, responsable de la gestion des risques (avril à juin 2014)
- Gino Beaudoin, responsable de la gestion des risques (à partir de novembre 2014)
- Christian Ouellet, responsable de l'hygiène et salubrité
- Jacky Tremblay, pharmacien

Il est à noter que la directrice des soins infirmiers, Mme Danielle Savard, assiste à titre d'invitée aux rencontres du comité de PCI.

Mandat :

Le mandat général du comité de PCI est de déterminer les objectifs du programme de prévention et contrôle des infections nosocomiales et d'établir les priorités d'action.

De façon plus spécifique, le mandat du comité est :

- d'élaborer et de mettre à jour le programme de prévention et contrôle des infections nosocomiales;
- de réviser annuellement les objectifs et les priorités en matière d'infections nosocomiales, de les présenter au directeur général puis après consultation des instances, au conseil d'administration pour adoption;
- d'agir sur les facteurs de risques associés aux infections nosocomiales;
- de recommander les politiques et procédures en matière d'infections nosocomiales et de protection du personnel;
- de prendre connaissance et de diffuser un état de situation des principales infections nosocomiales dans l'établissement;
- de maintenir une vigie à l'égard des infections émergentes dans la communauté.

Faits saillants :

- Six rencontres du comité de prévention et contrôle des infections ont eu lieu (avril, juin, septembre et novembre 2014, janvier et mars 2015) avec un taux de participation des membres de 71 %.

- Le plan d'action relié à la structure et aux activités pour 2014-2015 a été complété et adopté par le comité de PCI. Le plan d'action touche les 5 volets suivants :
  - Surveillance des infections nosocomiales et vigie à l'égard des problèmes émergeant;
  - Politiques, procédures et mesures de soutien en PCI;
  - Formation et éducation;
  - Communication et information;
  - Gestion des éclosions.

- Les objectifs et les activités reliés au plan d'action 2014-2015 du comité de PCI ont été évalués et les résultats obtenus sont connus et disponibles.

- Dans le cadre du processus d'accréditation avec Agrément Canada, la PCI a été interpellée pour différentes pratiques organisationnelles et normes. Un taux de conformité de 100 % a été atteint pour la PCI.

- La problématique de non-conformité de la désinfection des tonomètres à la clinique d'ophtalmologie a été constatée de nouveau. Un avis a été transmis par l'INSPQ en avril 2014 afin que les établissements s'assurent du retraitement adéquat des tonomètres et une recommandation du comité de PCI sur la désinfection adéquate des tonomètres à la clinique externe a été remise à la direction générale en septembre 2014. Une relance a été effectuée auprès des D[re] Annie Lavoie et D[r] Laplante afin que la situation soit corrigée.

- Élaboration et révision de plusieurs politiques, procédures et protocoles :
  - *Révision de la politique et procédure : Mesures de prévention, surveillance et contrôle de la gastro-entérite d'allure virale;*
  - *Politique et procédure : Mesures de prévention, de surveillance et de contrôle du staphylococcus aureus résistant à la méthicilline (SARM);*
  - *Révision de la politique et procédure : Mesures de prévention, surveillance et contrôle de la grippe saisonnière;*
  - *Procédure : Dépistage des bactéries multirésistantes (BMR) lors d'une préadmission en chirurgie ou en obstétrique;*
  - *Procédure : Nettoyage et désinfection des tourniquets automatiques réutilisables en fibre (garrots en tissu);*
  - *Procédure : Nettoyage et désinfection des brosses pour le soin des ongles utilisées lors du bain au CHSLD entre chaque résident;*
  - *Procédure : Nettoyage et désinfection lors d'un départ à la morgue;*
  - *Révision du protocole de dépistage des bactéries multirésistantes (SARM, ERV, EM) lors de l'admission.*

- Élaboration et révision de plusieurs ordonnances collectives :
  - Initier le dépistage des bactéries multirésistantes SARM, ERV et EM.
  - Initier des tests sanguins de dépistage lors d'exposition accidentelle aux liquides biologiques en milieu de travail.
  - Révision : Initier le dépistage du virus de l'influenza.
  - Révision : initier le dépistage de la diarrhée associée au Clostridium difficile.
  - Initier des tests de dépistage de diarrhée associée à une éclosion.

- Dans le cadre de la Campagne québécoise de soins sécuritaires – Volet PCI, plusieurs activités ont été planifiées afin de répondre aux pratiques exemplaires (audits) et un outil a été développé pour la surveillance des infections du site opératoire.

- Participation active au Comité de sécurité civile pour la gestion d'un potentiel cas de maladie à virus Ebola (MVE). Coordination des mesures à mettre en place en collaboration avec la gestionnaire de l'urgence et élaboration de plusieurs outils :
  - Participation à plusieurs conférences téléphoniques sur la gestion d'un cas de MVE;
  - Mise à jour d'un outil de triage pour les infirmières à l'urgence et le personnel de l'admission;
  - Mise en place d'affiches informatives sur la MVE destinées à la clientèle à l'hôpital;
  - Déploiement d'une note de service sur les mesures à appliquer en CLSC et dans les cliniques médicales;
  - Élaboration d'un cartable regroupant toute l'information pertinente et les outils sur la gestion d'un cas suspect d'Ebola mis disponible dans le secteur de l'urgence;
  - Chambre dédiée à un cas suspect d'Ebola mis en place à l'USI avec une antichambre portative;
  - Élaboration d'un algorithme de procédure pour le service de l'urgence sur la trajectoire de soins et de services à l'interne d'un usager avec suspicion de MVE;
  - Élaboration d'un algorithme de chaîne téléphonique : arrivée d'un usager avec suspicion de MVE à l'urgence;
  - Préparation d'une ébauche d'algorithme lors d'un cas suspect de MVE en obstétrique ou au bloc opératoire;
  - Élaboration d'affichettes sur le revêtement et le retrait de l'équipement de protection individuelle;
  - Élaboration d'affichettes sur le nettoyage et la désinfection quotidienne et terminale dans la chambre d'un usager avec suspicion de MVE;
  - Participation à une simulation à l'urgence en collaboration avec les services préhospitaliers en novembre 2014.

- Séances de formation d'une durée d'environ 1 heure sur la maladie à virus Ebola donnée par l'infirmière conseillère en PCI aux professionnels suivants : personnel de l'urgence-USI, préposés en hygiène et salubrité, inhalothérapeutes, personnel de l'imagerie médicale, gestionnaires, techniciens de laboratoires et médecins.

- Séances de formation obligatoire donnée par l'infirmière conseillère en PCI aux employés de l'hôpital et du CHSLD sur le nouveau Guide de prévention et contrôle des infections « Pratiques de base et précautions additionnelles » et sur les nouvelles affichettes de précautions additionnelles.

- Séance de formation sur les pratiques de base et les précautions additionnelles offerte aux employés du Taxi adapté. Recommandations données sur les équipements nécessaires à la prévention et au contrôle des infections lors du transport d'un usager et sur les matériaux approuvés en PCI.

- Dans un contexte de recrudescence de cas de gale à Matane (particulièrement en résidences privées), plusieurs interventions ont été nécessaires dans ce dossier.

- Participation à des activités, dont deux journées complètes de formation, dans le cadre de l'acquisition d'un logiciel pour la surveillance des infections nosocomiales, Nosokos.

- Participation active au Comité de révision du protocole de post-exposition aux liquides biologiques.

- Participation active au comité de résolution des zones grises.

- Participation et coordination de la Semaine nationale de la sécurité des patients, qui s'est tenue du 27 au 31 octobre 2014, avec la collaboration des conseillères cliniques en soins infirmiers :
  - Kiosques d'information à l'hôpital-CHSLD-CLSC;
  - Cinéma des horreurs à l'hôpital-CHSLD-CLSC;
  - Midi et souper-conférence à l'hôpital.

- Poursuite du microprogramme 2e cycle en prévention et contrôle des infections par l'infirmière conseillère en PCI afin de développer une expertise dans son domaine.

- La surveillance des infections nosocomiales est une activité qui fait partie du quotidien. Voici donc quelques données qui permettent un bilan comparatif des principales surveillances avec l'année antérieure. Les données démontrent que l'on maintient des taux d'infections nosocomiales inférieures aux seuils établis tant pour la surveillance provinciale que locale.

  Neuf éclosions sont survenues et ont été traitées en priorité sur les nombreuses activités de prévention et contrôle des infections pour 2014-2015 :
  - SARM 4e étage de l'hôpital (à partir du 24 mars 2015);
  - Influenza type B, 1er étage du CHSLD (14 au 23 mai 2014);
  - Influenza de type A, 2e étage du CHSLD (8 décembre 2014 au 13 janvier 2015);
  - Influenza de type A, rez-de-chaussée du CHSLD (14 au 25 décembre 2014);
  - Influenza de type A, 1er étage du CHSLD (19 décembre 2014 au 9 janvier 2015);
  - Influenza de type A, 4e étage de l'hôpital (27 janvier au 9 février 2015);
  - Virus respiratoire syncitial (VRS), 2e étage du CHSLD (à partir du 4 mars 2015)
  - Gastro-entérite à Norovirus, 4e étage de l'hôpital (14 mai au 26 mai 2014);
  - Gastro-entérite à Norovirus, IPF du CHSLD (29 mai au 9 juin 2014).

Surveillance des infections nosocomiales comparatives

Infections	2014-2015 Nombre de cas	Nombre de cas d'origine nosocomiale	2013-2014 Nombre de cas	Nombre de cas d'origine nosocomiale
Staphylococcus aureus résistant à la méthicilline (SARM)	15 Éclosion hôpital 4e étage à partir du 24 mars 2015	6 4 cas noso. reliés à l'éclosion	14	4
Entérocoque résistant à la vancomycine (ERV)	2	0	8 cas au total Éclosion hôpital 4e étage *15 juil. au 19 août 2013* *14 nov. 2013 au 22 janv. 2014*	7
Clostridium difficile (C.difficile)	22	6	17 cas au total Éclosion hôpital *1er juillet au 16 octobre 2013*	5
Bactériémies à Staphylococcus Aureus	0	0	0	0
Bactériémies	44	0	40	0
Grippe saisonnière (influenza) (éclosions)	248 cas au total Éclosion CHSLD 1er étage : 14 23 mai 2014 2e étage : 8 déc 2014 13 janv. 2015 RC : 14 25 déc. 2014 1er étage : 19 déc 2014 9 janv. 2015 Éclosion hôpital 4e étage : 27 janv 9 fév 2015	3 cas noso. hôpital Éclosion CHSLD 2 SAG 22 SAG 2 SAG 23 SAG Éclosion hôpital 3 SAG	214 cas au total 9 cas hospitalisés 6 (CHSLD) 4 SAG résidents 2 cas d'influenza positifs résidents 0 employé	1 cas noso. Hôpital Éclosion CHSLD 2e étage : 23 février au 25 mars 2014
Virus respiratoire non R/A à la grippe saisonnière (Éclosion)	11 Éclosion au CHSLD virus respiratoire syncitial (VRS) 2e étage : à partir du 4 mars 2015	0 Éclosion au CHSLD 11 cas	0	0
Gastro-entérite (éclosions)	19 Éclosion à l'hôpital 4e étage : 14 26 mai 2014 Éclosion au CHSLD IPF : 29 mai 9 juin 2014	11 Éclosion à l'hôpital 11 cas Éclosion au CHSLD 8 cas	0	0

Adopté au comité de PCI : 19 mai 2015

Surveillance des infections nosocomiales comparatives

Infections	2013-2014 Nombre de cas	Nombre de cas d'origine nosocomiale	2012-2013 Nombre de cas	Nombre de cas d'origine nosocomiale
Staphylococcus aureus résistant à la méthicilline (SARM)	14	4	17	4
Entérocoque résistant à la vancomycine (ERV)	8 cas au total Éclosion hôpital 4e étage *15 juil. au 19 août 2013* *14 nov. 2013 au 22 janv. 2014*	7 cas nosocomiaux	1	0
Clostridium difficile (C.difficile)	17 cas au total Éclosion hôpital *1er juillet au 16 octobre 2013*	5 cas nosocomiaux	16	3
Bactériémies à Staphylococcus Aureus	0	0	5	0
Bactériémies	40	0	49	1
Grippe saisonnière (influenza) (éclosions)	214 cas au total 9 cas hospitalisés Éclosion CHSLD 2e étage : 23 février au 25 mars 2014	1 cas noso. hôpital 6 (CHSLD) 4 sag résidents 2 cas d'influenza positifs résidents 0 employé	117 Éclosion CHSLD 1er étage : 20 déc. 2012 au 28 janvier 2013 2e étage : 21 déc. 2012 au 9 janv. 2013 2e étage : 23 janv. 2013 au 19 fév. 2013	0 (hôpital) 30 (CHSLD) 16 SAG résidents 3 SAG employés 5 SAG résidents 0 employé 5 SAG résidents 0 employé 1 cas noso. RC
SAG Syndrome d'allure grippale(Éclosion)	0	0		
Gastro-entérite (éclosions)	0	0	Éclosion hôpital 4e étage : 15 -28 fév. 2013 Éclosion CHSLD 1er+2e étage : 17 avril 7 mai 2012 IPF +RC : 14 -28 mai 2012 2e étage : 19 -28 fév. 2013	27 (hôpital) 10 usagers 17 employés 90 (CHSLD) 29 résidents 24 employés 15 résidents 4 employés 10 résidents 8 employés

Conseil multidisciplinaire – CM

1. **Composition du conseil :**

Le conseil multidisciplinaire du CSSS de Matane se compose de :

- 130 membres;
- 23 catégories de profession représentant un total de 11 ordres professionnels différents et 3 associations professionnelles;
- 4 catégories de profession unique.

2. **Composition du comité exécutif :**

- Mme Dany Caron, physiothérapeute, assistante-chef physiothérapeute, — Présidente
- M^me^ Geneviève Proulx, technologue en imagerie médicale et assistante-chef en imagerie médicale, — Vice-présidente
- Mme Sonia Harrisson, travailleuse sociale, — Secrétaire
- Mme Lucie Martel, travailleuse sociale, — Administratrice
- Mme Silvi Bélanger, technicienne en diététique, assistante-chef au service alimentaire, — Administratrice
- M^me^ Lise Ross, responsable de la qualité et coordonnatrice des Services de réadaptation, personne désignée
- M^me^ Nicole Morin, directrice générale

Il est à noter que M^me^ Lise Ross, responsable de la qualité et personne désignée a quitté le CM le 29 août 2014 pour une retraite des plus méritée. Elle a occupé plusieurs fonctions au sein de notre instance, dont la présidence pendant plusieurs années. Elle était aussi la présidente de la commission multidisciplinaire régionale à l'Agence de la santé et des services sociaux du Bas St-Laurent. Son départ marque un point tournant pour notre CM et nous lui souhaitons une très belle continuité. C'est M. Gino Beaudoin, responsable de la qualité, de la gestion intégrée des risques, de l'éthique et de l'optimisation qui a été nommé notre personne désignée, il est entré en fonction le 26 novembre 2014. De plus, nous avons connu un autre grand départ, celui de Mme Nicole Morin, directrice générale qui nous a accompagnés jusqu'au 31 mars 2015. Un grand merci de nous avoir écoutés et supportés dans nos démarches, ce fut vraiment un plaisir de vous côtoyer, nous vous souhaitons la meilleure des retraites.

3. **Mandat général :**

Mandat du conseil multidisciplinaire envers le C. A. et la directrice générale : Faire des avis et recommandations portant sur l'appréciation et l'amélioration de la qualité de la pratique professionnelle multidisciplinaire, sur la distribution appropriée des soins et des services, sur l'organisation scientifique et technique et sur les moyens à prendre pour évaluer et maintenir la compétence des membres (art. 226 à 230 LSSS).

4. **Mandats ou objectifs spécifiques :**

- Poursuivre la consolidation et la promotion du Conseil multidisciplinaire tel que prévu par la LSSSS du Québec;
- Soutenir la représentativité professionnelle multidisciplinaire;
- Poursuivre notre implication dans le projet des midis-conférences dans le but de s'investir davantage dans la pratique collaborative interprofessionnelle;
- Élaborer une affiche promotionnelle visant la reconnaissance des membres du CM;
- Poursuivre les travaux du comité maintien et promotion de la compétence (CMPC);
- Participer au colloque provincial des conseils multidisciplinaires du Québec à Lévis en novembre 2014;
- Participer au processus d'Agrément 2014;
- Participer au plan de déploiement du Concept régional portant sur le plan d'intervention et le plan de services individualisé (PI-PSI) avec la CmuR;
- Mise sur pied d'un comité conjointement avec le CII pour l'application des PI/PSI.

5. Bilan des activités :

5.1 Nombre de réunions du comité exécutif : 5 rencontres avec un taux de participation de 6 officiers.

5.2 Nombre des réunions des comités suivants :

5.2.1 Comité de travail du CECM : 5 rencontres avec 4 représentantes;

5.2.2 Comité de maintien et promotion de la compétence (CMPC) : aucune rencontre;

5.2.3 Comité de gestion des risques : 4 rencontres avec 1 représentante;

5.2.4 Comité de prévention et contrôle des infections : 3 rencontres avec 1 représentante;

5.2.5 Comité du projet midis-conférences : aucune rencontre.

5.3 Dépôt des commentaires du CECM à la direction de la santé physique concernant la demande de services première ligne CSSS de Matane.

5.4 Adoption le 11 mars 2015 du protocole d'application des mesures de contrôle : Contention, isolement et substances chimiques avec dépôt des commentaires sur le protocole des mesures de contention à la direction des soins infirmiers.

6. Résultats obtenus eu égard aux objectifs fixés pour l'année :

- Rencontre le 16 septembre 2014 avec M. Yves Lachapelle pour l'Agrément 2014;
- Participation de deux membres au colloque des CM du Québec à Lévis en novembre 2014 ayant pour thème : Le CM : Les impacts de l'optimisation sur notre pratique professionnelle;
- Mise sur pied d'un comité pour la révision des PI/PSI;
- Amendements adoptés aux règlements sur la régie interne du CM par le CA du CSSS de Matane en juin 2014;
- Adoption par le CA du CSSS de Matane d'une recommandation pour le développement d'une politique et d'une procédure pour une mise à jour annuelle des permis de pratique des professionnels multidisciplinaires;
- Rencontre avec M. Luc Guilbeault, directeur des ressources humaines et du développement organisationnel sur le mode d'attribution des formations inscrites au plan de formation 2014-2015.

7. **Perspectives d'action pour la prochaine année :**

- Participer à la mise sur pied du CM du CISSS du Bas-Saint-Laurent;
- Poursuivre notre représentativité au niveau des comités en place;
- Participer au déploiement de la mise en opération des plans d'interventions et des plans de services individualisés (PI-PSI) avec le CII;
- Participer au colloque provincial des CM du Québec (novembre 2015);
- Organiser une rencontre avec les membres du CSSS de Matane pour les informer des développements à venir et solliciter leur participation.

8. **Conclusion**

Je tiens à remercier grandement tous les membres de l'exécutif, cette année fut marquée par de très grands départs et de plus par la dissolution de notre CM tel que nous le connaissons. Je réitère que notre CM s'est développé grandement au cours de la dernière décennie, l'implication des officiers, la détermination de Mme Lise Ross et le support Mme Nicole Morin ont contribué à mener à bon port plusieurs réalisations de nos travaux.

Merci à Mme Geneviève Proulx, vice-présidente, merci à Mme Sonia Harrisson, secrétaire, merci à Mme Silvi Bélanger, administratrice et merci à Mme Lucie Martel administratrice. Pour ma part, je serai présente à la rencontre du mois d'avril 2015 convoquée par Mme Isabelle Malo présidente-directrice générale et de M. Daniel Côté président-directeur général adjoint pour participer au déploiement du nouveau CM du CISSS du Bas St-Laurent.

Dany Caron, assistante-chef physiothérapeute
Présidente du Conseil multidisciplinaire du CSSS de Matane

Conseil des médecins, dentistes et pharmaciens (CMDP)

Il me fait plaisir de vous présenter le rapport annuel 2014-2015 du Conseil des médecins, dentistes et pharmaciens du CSSS de Matane.

1. COMPOSITION DU CONSEIL DES MÉDECINS, DENTISTES ET PHARMACIENS :

Le Conseil des médecins, dentistes et pharmaciens est composé de 36 membres actifs et associés comprenant des médecins omnipraticiens et spécialistes, des pharmaciens ainsi que plusieurs autres membres associés dispensant des soins dans notre établissement.

2. COMPOSITION DU COMITÉ EXÉCUTIF :

Le comité exécutif du Conseil des médecins, dentistes et pharmaciens est composé de cinq membres ainsi que de la directrice des services professionnels et hospitaliers et de la directrice générale :

- Dre Renée Gagnon, présidente;
- Dre Catherine Caron, vice-présidente;
- Dre Marie-Ève Bergeron, trésorière, départ en juin 2014 et remplacée par Dre Marie-Christine Rivest;
- Dre Nadjla Kadri;
- Dr William Élyabroudi, secrétaire, départ en août 2014 et remplacé par Dre Renée D'Amours;
- Dre Annie Lavoie, directrice des services professionnels et hospitaliers;
- Mme Nicole Morin, directrice générale.

Les chefs de département sont également invités :

- Dre Marie-Christine Rivest, chef du Département de médecine;
- Dr Claude Dufour, chef du Département de chirurgie et d'anesthésie,
- Dr Michel Rioux, chef du Département de radiologie;
- Mme Julie Lagacé, chef du Département de pharmacie.

3. MANDAT GÉNÉRAL DU CONSEIL DES MÉDECINS, DENTISTES ET PHARMACIENS :

Le rôle de conseil envers le conseil d'administration :

- Apprécier et contrôler la qualité des actes;
- Évaluer et maintenir la compétence;
- Faire des recommandations sur les qualifications et compétences lors d'une demande de nomination;
- Donner son avis sur les mesures disciplinaires;
- Faire des recommandations sur les règles de soins et les règles d'utilisation des médicaments;
- Faire des recommandations sur les obligations rattachées aux privilèges;

- Élaborer les modalités de garde;
- Donner son avis sur l'organisation technique et scientifique du centre et les règles d'utilisation des ressources.

Le rôle du conseil envers la Direction générale est de donner son avis sur :

- La complémentarité des services entre les établissements de la région;
- L'organisation technique et scientifique;
- L'organisation médicale et la distribution appropriée des soins.

4. MANDATS OU OBJECTIFS SPÉCIFIQUES AU COURS DE L'ANNÉE

Les objectifs pour 2014-2015 étaient de poursuivre le recrutement médical, car la situation demeure très préoccupante, de surveiller le bon déroulement de la restructuration du projet de guichet d'accès, du projet de gériatrie active et du projet de soins palliatifs.

5. BILAN DES ACTIVITÉS

Au cours de l'année 2014-2015, vous trouvez ci-dessous un tableau concernant les réunions, le nombre de rencontres et le pourcentage de participation :

Réunion de département	Nombre de réunions	Taux de participation
Assemblée générale du CMDP	3	58 %
Comité exécutif du CMDP	6	83 %
Département de médecine	4	61 %
Service d'urgence	2	86 %
Service de gériatrie	4	79 %
Comité de pharmacologie	4	65 %
Comité de l'évaluation de l'acte médical	2	79 %
Service d'obstétrique	2	100 %

En 2014-2015, les médecins du CSSS de Matane ont eu à composer avec une surcharge importante de travail étant donné le manque d'effectif, situation qui perdure déjà depuis quelques années. Nous avons dû mettre l'accent sur les activités cliniques et les soins directs aux usagers/résidents. Le Département de chirurgie a tenu pour sa part quelques réunions.

Tout d'abord, le comité de l'évaluation de l'acte médical est sous la présidence de la Dre Marie Bernard. Un plan d'action a été établi pour 2014-2015. Il y a eu deux réunions et les principaux points traités étaient : l'analyse des décès à l'urgence du 1er avril 2012 au 31 mars 2013 et du 1er avril 2013 au 31 mars 2014 et un projet sur le choc septique.

Le comité de pharmacologie a adopté des ordonnances collectives et des protocoles visant à faciliter l'utilisation des médicaments et à améliorer la sécurité des usagers/résidents.

En ce qui concerne le comité d'évaluation des titres, comme nous pratiquons dans un centre de petite taille et que le nombre de médecins est restreint, c'est le comité exécutif du CMDP qui s'acquitte de cette tâche. Plusieurs demandes de privilèges ont été analysées et adoptées.

Le Conseil des médecins, dentistes et pharmaciens et le Département de médecine ont également veillé au respect des obligations pouvant être rattachées à la jouissance des privilèges accordés aux membres. Par exemple, le respect des activités obligatoires selon le nombre d'années de pratique. Ils s'assurent également d'une répartition la plus équitable possible des différentes tâches à accomplir par les médecins. Une révision des règlements du département de médecine a été faite et ils ont été adoptés par le département et le CMDP.

Malheureusement, la situation des effectifs médicaux demeure préoccupante. Le plan d'effectifs médicaux était de 24 sur 30 au 31 mars 2015. Nous avons eu un départ en juin 2014, la D^re^ Marie-Ève Bergeron. Par contre, se sont ajoutés à l'équipe médicale trois nouveaux médecins : D^re^ Marie-Lou Lebel, Alexandre Ouellet et Myriam Coutu et aussi nous avons recours à des médecins dépanneurs afin de venir prêter main-forte à l'équipe médicale à l'urgence et à l'hospitalisation.

En ce qui concerne les médecins spécialistes, nous avons un poste à combler en médecine interne compte tenu du départ de D^r^ William Élyabroudi en août 2014. Nous avons obtenu un poste en dérogation pour le D^r^ Jérôme Guimond, orthopédiste, qui comblera le poste du D^r^ Nault au départ à la retraite et le recrutement fera partie toujours de nos priorités. Une demande de deuxième poste en radiologie a été demandée au MSSS.

Pour ce qui est du recrutement en pharmacie, une quatrième pharmacienne, M^me^ Claudie Gauthier, est arrivée en mars 2015 suite au départ de l'assistante-chef en pharmacie, M^me^ Julie Lagacé.

6. RÉSULTATS OBTENUS DES OBJECTIFS SPÉCIFIQUES POUR 2014-2015

Le conseil a réalisé avec succès les objectifs prévus pour 2014-2015.

Le Département de pharmacie a recruté une pharmacienne qui a amorcé ses fonctions à temps complet en mars 2015.

Quant au recrutement en médecine générale, des efforts soutenus sont faits depuis plusieurs années et se poursuivront.

En ce qui concerne la surveillance du bon déroulement de la restructuration du système d'admission à l'urgence, D^r^ Pierre-Luc Sylvain était le représentant médical pour le projet de guichet d'accès, D^re^ Pascale Fournier pour le projet de restructuration du projet de gériatrie active, D^res^ Annie Lavoie et Renée D'Amours pour le projet de soins palliatifs. Ces projets ont aussi fait l'objet de quelques discussions lors des réunions du conseil.

7. PERSPECTIVES D'ACTION POUR LA PROCHAINE ANNÉE 2015-2016

Pour l'année 2015-2016, le Conseil des médecins, dentistes et pharmaciens de Matane participera aux nombreux changements qu'apportera la Loi 10 dans notre établissement et au comité régional transitoire.

Dre Renée Gagnon, présidente

Adopté au CMDP du 20 mai 2015

Comité de révision

Le comité de révision a pour fonction de réviser le traitement accordé à l'examen de la plainte par le médecin examinateur. Il doit s'assurer que l'examen de la plainte a été effectué de façon appropriée, diligemment et avec équité et que les motifs des conclusions du médecin examinateur se fondent sur le respect des droits et des normes professionnelles.

Le plaignant ou le médecin concerné par la plainte peut demander une révision.

Au terme de sa révision, le comité doit conclure à l'une des options suivantes :

- Confirmer les conclusions du médecin examinateur;
- Requérir du médecin examinateur qu'il effectue un complément d'examen dans un délai fixé par le comité et qu'il transmette ses nouvelles conclusions;
- Acheminer copie de la plainte au Conseil des médecins dentistes et pharmaciens (CMDP) pour son étude à des fins disciplinaires;
- Recommander au médecin examinateur ou, s'il y a lieu, aux parties elles-mêmes, toute mesure à les réconcilier.

Le comité est présidé par M. Jean Nazair.

Les autres membres sont les docteurs Renée Gagnon et Pierre Lapointe, tous deux délégués par le CMDP.

LE NOMBRE DE RENCONTRES

- L'ex-présidente a reçu une (1) demande de révision au cours de cette période.
- Le comité s'est réuni une (1) fois au cours de l'année pour traiter la demande de révision.
- Une (1) usagère était assistée par le Centre d'Aide et d'Assistance aux Plaintes (CAAP).
- Aucune (0) demande ne provenait d'un médecin.

LES DÉLAIS DE TRAITEMENT

Le dossier a été traité dans un délai excédant soixante (60) jours.

LES MOTIFS DE PLAINTES

La plainte avait pour objet :

- Relations interpersonnelles, manque d'empathie;
- Accessibilité.

LES CONCLUSIONS DU COMITÉ DE RÉVISION

Le comité de révision a opté pour l'option b) : Requérir du médecin examinateur de l'établissement concerné qu'il effectue un complément d'examen dans un délai fixé par le comité et qu'il transmette ses nouvelles conclusions aux parties concernées avec copie au comité de révision ainsi qu'au commissaire local de l'établissement concerné.

Le comité a également résolu de fixer à quatre-vingt-dix (90) jours, le délai à la disposition du médecin examinateur pour finaliser son examen.

LES DOSSIERS EN COURS D'EXAMEN À LA FIN DE L'EXERCICE

Un (1) dossier non finalisé.

ANNEXE 1

RÉSUMÉ DE LA RECOMMANDATION DU COMITÉ DE RÉVISION

Le comité de révision du CSSS de Matane s'est réuni le 14 novembre 2014 afin d'étudier une demande de révision.

Après lecture et analyse des différents documents transmis, plusieurs interrogations demeurent et nous empêchent de prendre une décision précise. Ainsi, le comité aimerait faire préciser si la dernière rencontre entre la plaignante et le médecin a été convoquée.

Également, le comité souhaite avoir plus de précision concernant l'attitude du médecin à l'égard de la plaignante.

Conformément au Règlement sur les règles de fonctionnement du comité de révision, article 49 : Décision, alinéa b, le comité de révision du CSSS de Matane requiert du médecin examinateur qu'il effectue un complément d'examen dans un délai de quatre-vingt-dix (90) jours et qu'il transmette ses nouvelles conclusions aux parties concernées avec copie au comité de révision ainsi qu'au commissaire local aux plaintes du CSSS de Matane.

M. Jean Nazair, président

Comité de vigilance et de la qualité - CVQ

Les membres du comité sont :

M^mes^ Nicole Morin, directrice générale
Ginette Doré, administratrice au conseil d'administration
Micheline Verreault, administratrice désignée par le comité des usagers au conseil d'administration

MM. Jacques Deschênes, commissaire local aux plaintes et à la qualité des services
Jean Nazair, administrateur au conseil d'administration
Louis Pelletier, administrateur au conseil d'administration

Le comité s'est réuni à cinq occasions au cours de l'année 2014-2015.

Les rapports déposés et analysés au comité de vigilance et de la qualité sont :

- Rapport d'Agrément Canada;
- Registre sur la surveillance des plaies;
- Rapport de visite de prédémarrage pour la téléthrombolyse;
- Rapport périodique du Commissaire local aux plaintes et à la qualité des services :
  - Sommaire et synthèse;
  - Rapport statistique des dossiers conclus et d'intervention;
  - Compte rendu et recommandations.
- Rapport périodique sur les incidents et accidents;
- Rapport sur la gestion des risques :
  - Analyse prospective;
  - Événement sentinelle;
  - Nombre d'événements par type d'événements et par gravité.
- Rapport sur la prévention et contrôle des infections;
- Rapport sur l'utilisation des contentions;
- Rapport du Protecteur du citoyen;
- Rapport du Coroner;
- Rapport de la visite d'appréciation de l'implantation de l'approche milieu de vie en CHSLD;
- Rapport d'inspection professionnelle en radiodiagnostique;
- Rapport du Groupe Biomédical de la Montérégie : État de situation des unités de retraitement des dispositifs médicaux de la région du Bas-St-Laurent;
- Rapport « Ampro »;
- Rapport « Ébola »;
- Rapport sur les cibles à l'urgence;
- Rapport en pharmacie;
- Rapport sur l'évaluation du travail de buandier;
- Rapport d'évaluation de la Maison J. Arthur Desjardins;

- Rapport : « Les urgences au Québec »;
- Rapport : « Performance du système de santé et de services sociaux »;
- Sondage sur la satisfaction de la clientèle en imagerie médicale;
- Rapport d'évaluation rétrospective des formulaires d'erreurs de médicaments.

Les suivis ont été effectués auprès des gestionnaires concernés dans un but commun d'amélioration de la qualité et la sécurité dans les soins et les services à dispenser pour notre clientèle.

Les indicateurs utilisés par le Commissaire local aux plaintes et à la qualité des services ont été : les suivis des plaintes, le nombre de plaintes et le délai pour les suivis des recommandations de ce dernier.

M. Jean Nazair, président

Comité de gouvernance et d'éthique du conseil d'administration

Les membres du comité sont :

M^mes^ Lucie Lapointe, administratrice au conseil d'administration
Nicole Morin, directrice générale
MM. Olivier Banville, administrateur au conseil d'administration
Michel Côté, administrateur au conseil d'administration
Louis Pelletier, administrateur au conseil d'administration

Le comité s'est réuni à quatre occasions au cours de l'année 2014-2015.

Le comité de gouvernance et d'éthique a traité :

- Questionnaire d'auto-évaluation (norme de gouvernance par Agrément Canada);
- Suivi pour un comité de discipline;
- Outil d'évaluation du fonctionnement de la gouvernance;
- Profil de compétences et d'expérience des membres du conseil d'administration;
- Suivi du dossier : Plan directeur immobilier clinique;
- Les règlements, politiques et procédures ont été mises à jour :
  - ✓ Code d'éthique et de déontologie des membres du conseil d'administration;
  - ✓ Règlement sur l'organisation et l'administration des établissements;
  - ✓ Politique d'accueil et d'intégration d'un nouvel administrateur.

Les tableaux de bord ont été déposés à l'ensemble des membres du conseil d'administration :

- Rapport des incidents et accidents et taux de processus corrigés à la suite d'événements sentinelles;
- Surveillance des infections nosocomiales;
- Utilisation des mesures de contrôle : contention et isolement
- Tableau de vaccination antigrippale des résidents et des employés;
- Taux d'occupation dans les ressources d'hébergement long terme pour les personnes en perte d'autonomie;
- Taux de recommandations réalisées à la suite d'une plainte reçue;
- Pourcentage d'heures investies en accueil et orientation;
- Pourcentage d'heures investies en formation continue;
- Taux de conformité aux normes pour l'accréditation « Iniative Amis des bébés »;
- Suivi de la Direction de la santé physique;
- Nombre de demandes en attente par spécialités;
- Nombre d'usagers en attente de consultation selon la spécialité;

- Tableau comparatif obstétrique/pouponnière;
- Production en chirurgie;
- Taux d'atteinte du plan d'effectif médical en omnipratique et spécialité;
- Guichet d'accès pour la clientèle sans médecin de famille.

M. Olivier Banville, président,

Comité des usagers et des résidents

Il me fait plaisir de vous présenter le rapport du conseil d'administration du comité des usagers et des résidents du CHSLD.

Le conseil d'administration s'est réuni à 3 réunions régulières, 1 réunion spéciale et 6 rencontres de travail, soit un total de 10 rencontres.

C'est en effet avec beaucoup de plaisir que nous vous présentons l'ensemble des activités accomplies au cours de l'année 2014-2015. Les droits et les intérêts des usagers ont été défendus afin de favoriser l'amélioration de leur condition de vie.

Composition du Comité des usagers pour l'année 2014/2015

M^mes^ Louiselle Richard, présidente (intérim) vice-présidente
Lisette Gravel, secrétaire
Micheline Verreault, trésorière
Linda Côté, membre

Composition du Comité des résidents pour l'année 2014-2015

M^mes^ Carmen Pelletier, représentante sur le comité des usagers
Christine Desjardins, membre
Micheline Lévesque, membre

Le comité des résidents s'est réuni 3 fois au cours de l'année au Centre d' Hébergement du CSSS de Matane.

Réalisations du Comité des Usagers en 2014-2015

- Participation au projet d'affichage numérique de quatre ans au CSSS de Matane toujours en vigueur
- Encart publicitaire annuellement dans l'Inter Guide
- Distribution des calendriers 2015 dans les établissements du CSSS de Matane
- Ensemble de soins de santé pour les usagers « Brosse, dentifrice et petite boîte de mouchoirs » **(distribution pour l'urgence et les postes aux étages du CSSS de Matane),** ainsi que petite brosse et peigne intégrés de voyage donner aux usagers qui en auront besoin (**distribution pour l'urgence et les postes aux étages du CSSS de Matane.)**
- Pochettes d'accueil pour les nouveaux usagers résidents aux CHSLD

Objectifs pour 2015

- Participation aux colloques provinciaux celui de juin et octobre 2015
- Distribution dans les restaurants de Matane des napperons avec les informations pour les droits des usagers
- Projet d'embauche d'un(e) agent de liaison pour 2015
- Renouveler les calendriers pour 2016 avec **Concours** « Offrez-nous une image de vous en milieu de travail dans le système de santé»

M^me^ Louiselle Richard,
présidente par intérim,

Comité de gestion des risques

1. **Composition du comité**

Silvi Bélanger, représentante du conseil multidisciplinaire
Micheline Verreault, représentante du comité des usagers
Nicole Morin, Directrice générale
Marie-Ève Martin-St-Pierre, infirmière conseillère en prévention et contrôle des infections
Jacky Tremblay, pharmacien membre du comité de pharmacologie
Danielle Savard, Directrice des soins infirmiers
Gino Beaudoin, gestionnaire de risques

2. **Bilan des activités :**

- Changement de gestionnaire des risques en octobre 2014;
- Difficulté à planifier des rencontres du comité de gestion des risques;
- Élaboration d'un nouveau rapport trimestriel en gestion des risques;
- Sensibilisation du comité de prévention des chutes/contentions sur l'enjeu des chutes au CSSS de Matane et partage des recommandations d'experts sur la prévention des chutes;
- Analyse des statistiques sur les erreurs de médicaments dans le but d'évaluer les actions mises en place au cours de l'année 2014-2015;
- Analyse d'événements sentinelles :
  a. Chutes avec conséquence grave;
  b. Omission de traitement;
  c. Fuite de gaz.

  Amélioration du processus de saisie des formulaires AH-223 dans le but d'avoir un portrait plus rapide de la gestion des risques dans l'établissement

3. **Principaux constats d'incidents/accidents**

- Les événements reliés aux chutes et aux erreurs de médicaments sont toujours les principales causes des incidents et des accidents.
- Les accidents avec conséquences et les chutes sont à la hausse.
- On constate une hausse marquée des chutes et des erreurs de médicament à l'unité de médecine/courte durée.

4. **Enjeu de la gestion des risques**

   - Mettre en place un comité de gestion des risques représentatif dans un contexte d'un nouveau CISSS.
   - Intégrer la gestion des risques dans les différents secteurs du CSSS.
   - Améliorer la prévention des chutes au CSSS de Matane.
   - Avoir une analyse détaillée des enjeux de qualité et de sécurité des services à l'unité de médecine/courte durée.

5. **Participation du gestionnaire des risques à divers comité :**

   - Comité de vigilance;
   - Comité de direction;
   - Comité prévention et contrôle des infections;
   - Comité interdisciplinaire des chutes/contentions;
   - Conseil multidisciplinaire.

Gino Beaudoin, gestionnaire des risques

Santé et Services sociaux Québec

001 - Nombre d'événements par type et par période

Établissement: CSSS DE MATANE

Exercice financier: 2014-2015

Périodes: 1,2,3,4,5,6,7,8,9,10,11,12,13

Types d'événements: Abus/Agression/Harcèlement/Intimidation,Autres,Bâtiment,Chute,Diète,Effets personnels,Équipement,Matériel,Médicament,Problème de RDM,Test diagnostique imagerie,Test diagnostique laboratoire,Traitement/Intervention

Installations: CENTRE D'HEBERGEMENT DE MATANE,CLSC DE MATANE,CLSC DE MATANE (BAIE-DES-SABLES),CLSC DE MATANE (LES MÉCHINS),HOPITAL DE MATANE,RESSOURCES INTERMÉDIAIRES

Période	Type													
	Chute	Médicament	Traitement/ Intervention	Diète	Test diagnostique laboratoire	Test diagnostique imagerie	Problème de RDM	Matériel	Équipement	Bâtiment	Effets personnels	Abus/ Agression/ Harcèlement/ Intimidation	Autres	Total
1	54	43	9		21	4	1	1	2		5	1	18	159
2	69	43	2	1	9	1	1	2	2	1	1	2	19	153
3	53	32	4		15		3	1			5	5	20	138
4	41	29	3		17	1	1	1	1			7	20	121
5	49	32	2		14	1			3		1	8	18	128

Temps d'exécution: 12 seconde(s)

Imprimé le 2015-05-05 à 14:54

© Gouvernement du Québec 2008

Santé et Services sociaux Québec

S.I.S.S.S.

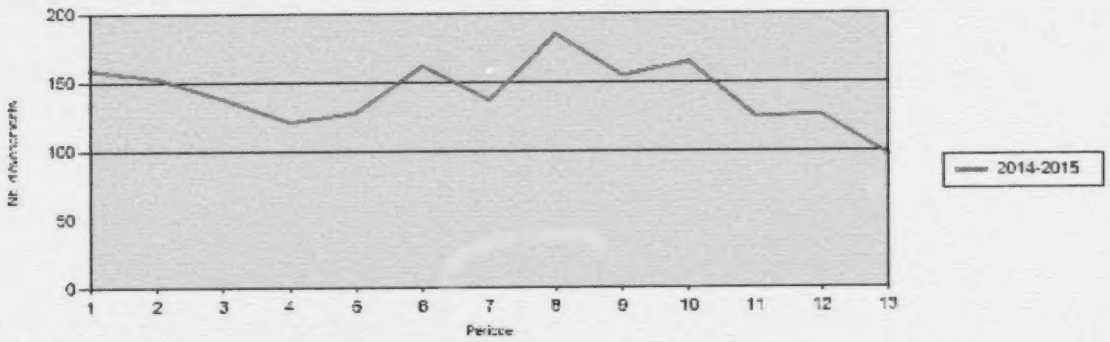
003 - Rapport annuel incidents - accidents

Comparaison entre deux années et période par période

Établissement: CSSS DE MATANE
Installations: CENTRE D'HEBERGEMENT DE MATANE, CLSC DE MATANE, CLSC DE MATANE (BAIE-DES-SABLES), CLSC DE MATANE (LES MÉCHINS), HOPITAL DE MATANE, RESSOURCES INTERMÉDIAIRES
Année 1: 2014-2015
Année 2: 2014-2015

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	Total
2014-2015	159	153	138	121	128	162	137	185	155	165	125	126	97	1851

Année	Moy.	Total
2014-2015	142	1851



Temps d'exécution: 28 seconde(s)

Imprimé le 2015-05-05 à 14:57

© Gouvernement du Québec 2008

Santé et Services sociaux Québec

004 - Nombre d'événements par gravité et installation

Établissement: CSSS DE MATANE

Exercice financier: 2014-2015

Périodes: 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 12, 13

Types d'événements: Abus/Agression/Harcèlement/Intimidation, Autres, Bâtiment, Chute, Diète, Effets personnels, Équipement, Matériel, Médicament, Problème de RDM, Test diagnostique imagerie, Test diagnostique laboratoire, Traitement/Intervention

Installations: CENTRE D'HEBERGEMENT DE MATANE, CLSC DE MATANE, CLSC DE MATANE (BAIE-DES-SABLES), CLSC DE MATANE (LES MÉCHINS), HOPITAL DE MATANE, RESSOURCES INTERMÉDIAIRES

Installation	Niveau de gravité									
	A	B	C	D	E1	E2	F	I	ND	Total
CENTRE D'HEBERGEMENT DE MATANE	26	44	449	155	101	5	3	3	2	788
CLSC DE MATANE			6							6
CLSC DE MATANE (BAIE-DES-SABLES)		2								2
CLSC DE MATANE (LES MÉCHINS)		1								1
HOPITAL DE MATANE	60	290	354	129	47	5	3		2	890
RESSOURCES INTERMÉDIAIRES		4	84	52	12	9	3			164
Total	86	341	893	336	160	19	9	3	4	1851

Temps d'exécution: 9 seconde(s)

Imprimé le 2015-05-05 à 14:58

© Gouvernement du Québec 2008

Santé et Services sociaux Québec

006 - Nombre d'événements par gravité et type d'événement

Établissement: CSSS DE MATANE

Exercice financier: 2014-2015

Périodes: 1,2,3,4,5,6,7,8,9,10,11,12,13

Types d'événements: Abus/Agression/Harcèlement/Intimidation,Autres,Bâtiment,Chute,Diète,Effets personnels,Équipement,Matériel,Médicament,Problème de RDM,Test diagnostique imagerie,Test diagnostique laboratoire,Traitement/Intervention

Installations: CENTRE D'HEBERGEMENT DE MATANE,CLSC DE MATANE,CLSC DE MATANE (BAIE-DES-SABLES),CLSC DE MATANE (LES MÉCHINS),HOPITAL DE MATANE,RESSOURCES INTERMÉDIAIRES

Type d'évènement	Niveau de gravité									
	A	B	C	D	E1	E2	F	I	ND	Total
Abus/ Agression/ Harcèlement/ Intimidation		2	38	5	3					48
Autres	24	60	90	46	68	5	1		1	295
Bâtiment	3	2	1							6
Chute	2	4	351	213	81	13	7	3		674
Diète			3							3
Effets personnels	6	3	9	3						21
Équipement	8	5	3						1	17

Temps d'exécution: 20 seconde(s)

© Gouvernement du Québec 2008

Imprimé le 2015-05-05 à 15:00

Code d'éthique et de déontologie des membres du conseil d'administration

En vertu de l'article 3.0.4 de la Loi sur le ministère du Conseil exécutif, le conseil d'administration de tout établissement public ou privé conventionné est tenu d'établir un code d'éthique et de déontologie qui doit être rendu accessible au public et être publié dans son rapport annuel.

Le conseil d'administration a révisé et adopté son code d'éthique et de déontologie le 16 septembre 2004. Une mise à jour de son code d'éthique et de déontologie a été faite en décembre 2013.

Un comité d'éthique et de déontologie, composé de cinq membres du conseil d'administration, est constitué. En 2013-2014, aucun cas n'a été traité, aucun membre ne s'est retrouvé en conflit d'intérêts. Enfin, aucun manquement n'a été constaté durant l'année par cette instance disciplinaire. Par contre, le comité a discuté des absences des membres du conseil d'administration aux séances régulières.

Tel que le prévoit la loi citée précédemment, le *Code d'éthique et de déontologie* des membres du conseil d'administration est publié intégralement à la page suivante.

PRÉAMBULE

L'administration d'un établissement public de santé et de services sociaux se distingue d'une organisation privée. Cette administration doit reposer sur un lien de confiance entre le CSSS de Matane et la population. Une conduite conforme à l'éthique et à la déontologie demeure une préoccupation constante du Conseil d'administration du CSSS de Matane pour garantir à la population une gestion intègre et de confiance des fonds publics.

Compte tenu de leur rôle de mandataires, la *Loi sur le ministère du Conseil exécutif* édicte l'obligation, pour les membres des Conseils d'administration des établissements de santé et de services sociaux, de se doter d'un Code d'éthique et de déontologie qui leur est applicable (L.R.Q., chapitre M-30, article 3.04, paragraphe 5). Ces dispositions s'ajoutent à celles prévues à la *Loi sur les services de santé et de services sociaux* (L.R.Q., c. S-4.2), désignée ci-après LSSSS.
Ainsi, l'article 174 de la LSSSS, corollaire de l'article 322 du *Code civil du Québec* (L.R.Q., c. C-1991), stipule que :

> *Les membres du Conseil d'administration doivent agir dans les limites des pouvoirs qui leur sont conférés, avec soin, prudence, diligence et compétence comme le ferait en pareilles circonstances une personne raisonnable, avec honnêteté, loyauté et dans l'intérêt de l'Établissement ou, selon le cas, de l'ensemble des Établissements qu'ils administrent et de la population desservie.*

Le présent Code d'éthique et de déontologie des administrateurs du CSSS de Matane s'inscrit dans le cadre de la mission de l'Établissement, à savoir notamment, de dispenser des services de santé et des services sociaux de qualité, efficaces et efficients, selon les besoins de la clientèle desservie, tout en tenant compte des ressources humaines, matérielles et financières dont il dispose. De plus, le Conseil d'administration du CSSS de Matane met l'emphase sur une reddition de comptes transparente, tant auprès des différents paliers de gouvernance qu'auprès de la population.

En outre, le CSSS de Matane est guidé par sa vision ainsi que ses valeurs qui sont, notamment :

- ✓ La primauté de la personne qui est au centre de nos préoccupations et au cœur de nos décisions et de nos actions;

- ✓ Le respect qui se démontre par des attitudes, des comportements et des approches telles que l'ouverture, l'écoute, l'empathie et la disponibilité envers l'autre. Qu'il s'agisse des personnes ou des installations, il privilégie le savoir-être et la dignité de la personne et s'exprime par la considération envers les autres;

- ✓ L'équité qui se démontre par des services rendus à la population de façon équitable. Les ressources humaines, matérielles et financières sont distribuées en tenant compte des besoins de la population et des différents facteurs (économiques, sociaux et démographiques). L'équité se démontre par un traitement juste envers les personnes et/ou les organisations. Elle s'applique également dans la gestion de l'organisation des services à dispenser;

- ✓ L'intégrité qui fait référence à la confiance, la transparence et la cohérence. L'intégrité se démontre par notre volonté d'exprimer la réalité des faits et des processus. C'est une valeur où nous sollicitons l'opinion des intervenants et où nous favorisons la divulgation d'information au personnel et à la population pour comprendre l'application des décisions;

- ✓ La qualité de vie au travail qui se démontre par une satisfaction et du plaisir dans notre milieu de travail, car il occupe une partie importante de nos activités.

Ces valeurs et cette vision sont énoncées dans le plan stratégique pluriannuel du CSSS de Matane. Également, le CSSS de Matane se soucie d'être un partenaire de premier plan dans la gestion et l'amélioration du système de santé et de services sociaux.

ARTICLE I – DISPOSITIONS GÉNÉRALES

1.1 Préambule

Le préambule et les annexes font partie intégrante du présent Code.

1.2 Objectifs généraux et champ d'application

Le présent Code a pour objectifs de préserver et de renforcer le lien de confiance de la population dans l'intégrité et l'impartialité des membres du Conseil d'administration du CSSS de Matane, de favoriser la transparence au sein de ce dernier et de responsabiliser ses administrateurs en édictant les principes d'éthique et les règles de déontologie qui leur sont applicables. Ce Code a pour prémisse d'énoncer les obligations et devoirs généraux de chaque administrateur. Par contre, ce Code ne vise pas à remplacer les lois et les règlements en vigueur, ni à établir une liste exhaustive des normes à respecter et des comportements attendus des membres du Conseil d'administration de l'Établissement. En effet, ce Code :

1° Traite des mesures de prévention, notamment des règles relatives à la déclaration des intérêts;

2° Traite de l'identification de situations de conflit d'intérêts;

3° Régit ou interdit des pratiques reliées à la rémunération des administrateurs;

4° Traite des devoirs et obligations des administrateurs même après qu'ils ont cessé d'exercer leurs fonctions;

5° Prévoit des mécanismes d'application du Code dont la désignation des personnes chargées de son application et la possibilité de sanctions.

Le présent Code s'applique à tout administrateur de l'Établissement CSSS de Matane. Tout administrateur est tenu, dans l'exercice de ses fonctions, de respecter les principes d'éthique et les règles de déontologie prévus par le présent Code ainsi que par la loi. En cas de divergence, les règles les plus exigeantes s'appliquent.

1.3 Fondement

Le présent Code repose notamment sur les dispositions suivantes :

- Articles 6, 7, 321 à 330 du *Code civil du Québec*, L.R.Q., c. C-1991;
- Articles 100, 129, 131, 132.3, 154, 155, 172, 172.1, 174, 181, 181.0.0.1, 197, 198, 199, 200, 201, 235 et 274 de la *Loi sur les services de santé et les services sociaux*, L.R.Q., c. S-4.2;
- Articles 3.0.4, 3.0.5 et 3.0.6 de la *Loi sur le ministère du Conseil exécutif*, L.R.Q., c. M-30.

Article II – Définitions et interprétation

À moins d'une disposition expresse au contraire ou à moins que le contexte ne le veuille autrement dans le présent Code, les termes suivants signifient :

a) **Administrateur** : un membre du Conseil d'administration de l'Établissement, qu'il soit élu, nommé, désigné ou coopté;

b) **Charge publique élective :** Toute personne qui travaille dans le domaine public, que ce soit dans les institutions parlementaires, gouvernementales ou municipales. Le titulaire d'une charge publique peut être un élu ou une personne nommée pour exercer des fonctions au sein de l'administration publique (voir l'Annexe VII);

c) **Code** : le code d'éthique et de déontologie des membres du Conseil d'administration de l'Établissement élaboré par le comité de gouvernance et d'éthique et adopté par le Conseil d'administration;

d) **Comité de discipline** : le comité de discipline institué par le comité de gouvernance et d'éthique, au besoin, pour traiter une situation de manquement ou d'omission dont il a été saisi;

e) **Comité de gouvernance et d'éthique** : le comité de gouvernance et d'éthique de l'Établissement ayant pour fonctions notamment d'assurer l'application et le respect du présent Code ainsi que sa révision, au besoin;

f) **Conflit d'intérêts** : désigne notamment, sans limiter la portée générale de cette expression, toute situation apparente, réelle ou potentielle, dans laquelle un administrateur peut risquer de compromettre l'exécution objective de ses fonctions, car son jugement peut être influencé et son indépendance affectée par l'existence d'un intérêt direct ou indirect. Les situations de conflit d'intérêts peuvent avoir trait à l'argent, à l'information, à l'influence ou au pouvoir;

g) **Conjoint** : une personne liée par un mariage ou une union civile ou un conjoint de fait au sens de l'article 61.1 de la *Loi d'interprétation*, L.R.Q., c. I-16;

h) **Conseil d'administration** : désigne le Conseil d'administration de l'Établissement;

i) **Déontologie :** Éeon, - ontos : du grec devoir. Ensemble des devoirs qu'impose à des professionnels l'exercice de leur métier. Désigne des règles, devoirs et obligations, ce qu'il faut faire;

j) **Entreprise** : toute forme que peut prendre l'organisation de la production de biens ou de services ou de toute autre affaire à caractère commercial, industriel, financier, philanthropique et tout regroupement visant à promouvoir des valeurs, intérêts ou opinions ou à exercer une influence sur les autorités de l'Établissement;

k) **Établissement :** désigne le CSSS de Matane;

l) **Éthique :** Éthos : du grec mœurs; science de la morale; art de diriger la conduite. Se réfère à des valeurs plutôt qu'à des obligations; situe nos décisions d'agir par rapport aux valeurs que nous désirons mettre en pratique (George A. Legault, Professionnalisme et délibération éthique);

m) **Famille immédiate :** aux fins de l'article 131 (notion de personne indépendante) de la *Loi sur les services de santé et les services sociaux*, L.R.Q., c. S-4.2, est un membre de la famille immédiate d'un directeur général, d'un directeur général adjoint ou d'un cadre supérieur de l'Établissement, son conjoint, son enfant et l'enfant de son conjoint, sa mère et son père, le conjoint de sa mère ou de son père ainsi que le conjoint de son enfant ou de l'enfant de son conjoint;

n) **Faute grave** : résulte d'un fait ou d'un ensemble de faits imputables à l'administrateur et qui constituent une violation grave de ses obligations et de ses devoirs ayant pour incidence une rupture du lien de confiance avec les membres du Conseil d'administration de l'Établissement;

o) **Intérêt** : désigne tout intérêt de nature matérielle, financière, professionnelle ou philanthropique;

p) **Loi** : toute loi applicable dans le cadre du présent Code, incluant les règlements pertinents;

q) **Personne indépendante** : tel que prévu à l'article 131 de la *Loi sur les services de santé et les services sociaux*, L.R.Q., S-4.2., une personne se qualifie comme indépendante si elle n'a pas, de manière directe ou indirecte, de relations ou d'intérêts, notamment de nature financière, commerciale, professionnelle ou philanthropique, susceptible de nuire à la qualité de ses décisions eu égard aux intérêts de l'Établissement [1];

---

1. Sur la portée de la notion de « personne indépendante », nous vous référons au communiqué AJ2011-07 émis le 19 octobre 2011 (résumé).

r) **Proche** : membre de la famille immédiate de l'administrateur étant son conjoint, son enfant et l'enfant de son conjoint, sa mère et son père, le conjoint de sa mère ou de son père ainsi que le conjoint de son enfant ou de l'enfant de son conjoint. Désigne aussi son frère ou sa sœur, incluant leur conjoint respectif;

s) **Renseignements confidentiels** : une donnée ou une information dont l'accès et l'utilisation sont réservés à des personnes ou entités désignées et autorisées. Ces renseignements comprennent tout renseignement personnel, stratégique, financier, commercial ou scientifique détenu par l'Établissement, ce qui inclut tout renseignement dont la divulgation peut porter préjudice à un usager, à une personne en fonctions dans l'Établissement ou à l'Établissement lui-même. Toute information de nature stratégique ou autre, qui n'est pas connue du public et qui, si elle était connue d'une personne qui n'est pas un membre du Conseil d'administration de l'Établissement, serait susceptible de lui procurer un avantage quelconque ou de compromettre la réalisation d'un projet auquel l'Établissement participe.

ARTICLE III – PRINCIPES D'ÉTHIQUE

L'éthique qui apparaît la plus significative dans le domaine de l'administration publique retrouve son sens dans la dynamique des valeurs telles qu'être transparent, responsable et juste [2].

3.1 L'administrateur agit dans les limites des pouvoirs qui lui sont conférés, avec soin, prudence, diligence et compétence comme le ferait en pareilles circonstances une personne raisonnable, avec honnêteté et loyauté dans l'intérêt de l'Établissement et de la population desservie. L'administrateur remplit ses devoirs et obligations générales selon les exigences de la bonne foi.

3.2 L'administrateur doit témoigner d'un constant souci du respect de la vie humaine et du droit de toute personne de recevoir des services de santé et des services sociaux.

3.3 L'administrateur est tenu, dans l'exercice de ses fonctions, de respecter les principes d'éthique et les règles de déontologie qui sont prévues au présent Code.

3.4 L'administrateur est sensible aux besoins de la population et privilégie la prise en compte des droits fondamentaux de la personne.

3.5 L'administrateur souscrit aux principes de pertinence, de continuité, d'accessibilité, de qualité, de sécurité et d'efficacité des services dispensés, principes préconisés en vertu de la LSSSS.

3.6 L'administrateur exerce ses responsabilités dans le respect des orientations locales, régionales et nationales en tenant compte des ressources humaines, matérielles, informationnelles, technologiques et financières de l'Établissement.

---

2. ASSOCIATION DES DIRECTEURS GÉNÉRAUX DES SERVICES DE SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX DU QUÉBEC, *Éthique et directeur général*, février 1987, p. 5.

3.7 L'administrateur participe activement et dans un esprit de concertation à l'élaboration et à la mise en œuvre des orientations générales de l'Établissement.

3.8 L'administrateur contribue, dans l'exercice de ses fonctions, à la réalisation de la mission, au respect des valeurs et de la vision de l'Établissement en mettant à profit ses aptitudes, ses connaissances, son expérience et sa rigueur.

ARTICLE IV – RÈGLES DE DÉONTOLOGIE

La déontologie est un ensemble de règles et de normes de conduite qui régissent une profession ou une fonction, et dans ce dernier cas, celle d'administrateurs[3].

Disponibilité et participation active

4.1 L'administrateur se rend disponible pour remplir ses fonctions en étant régulièrement présent aux séances du Conseil d'administration, en prenant connaissance des dossiers et en prenant une part active aux décisions du Conseil d'administration. Il favorise l'esprit de collaboration au sein du Conseil d'administration et contribue à ses délibérations. Le membre du Conseil d'administration doit assister aux réunions du conseil et à défaut, motiver son absence. Après trois absences consécutives, le membre du Conseil d'administration sera rencontré par le comité de discipline.

Respect

4.2 L'administrateur, dans l'exercice de ses fonctions, est tenu de respecter les dispositions des lois, règlements, normes, politiques et procédures applicables. Il est notamment tenu de respecter les devoirs et obligations générales de ses fonctions selon les exigences de la bonne foi.

4.3 L'administrateur agit de manière courtoise et modérée et entretient à l'égard de toute personne des relations fondées sur le respect, la coopération et le professionnalisme.

4.4 L'administrateur doit respecter les règles qui régissent le déroulement des séances du Conseil d'administration, particulièrement celles relatives à la répartition du droit de parole et à la prise de décision. Il s'engage à respecter la diversité des points de vue en la considérant comme nécessaire à une prise de décision éclairée du Conseil d'administration. Il respecte toute décision du Conseil d'administration, malgré sa dissidence. Le membre du Conseil d'administration présent à une réunion du conseil doit voter lorsque requis.

Soin et compétence

4.5 L'administrateur doit agir dans les limites des pouvoirs qui lui sont conférés avec soin et compétence, comme le ferait en pareilles circonstances une personne raisonnable, et dans l'intérêt de l'Établissement.

---

3. AQESSS, *Déontologie et éthique* – définitions, fiche révisée, janvier 2012, 2 p.

Neutralité

4.6 L'administrateur se prononce sur les propositions en exerçant son droit de vote de la manière la plus objective possible. À cette fin, il ne peut prendre d'engagement à l'égard de tiers ni leur accorder aucune garantie relativement à son vote ou à quelque décision que ce soit.

4.7 L'administrateur doit placer les intérêts de l'Établissement avant tout intérêt personnel ou professionnel.

Transparence

4.8 L'administrateur exerce ses responsabilités avec transparence, notamment en appuyant ses recommandations sur des informations objectives et suffisantes.

4.9 L'administrateur partage avec les membres du Conseil d'administration toute information utile ou pertinente aux prises de décisions du Conseil d'administration.

Discrétion et confidentialité

4.10 L'administrateur fait preuve de discrétion sur ce dont il a connaissance dans l'exercice ou à l'occasion de l'exercice de ses fonctions. De plus, il doit faire preuve de prudence et de retenue pour toute information dont la communication ou l'utilisation pourrait nuire aux intérêts de l'Établissement, constituer une atteinte à la vie privée d'une personne ou conférer, à une personne physique ou morale, un avantage indu.

4.11 L'administrateur préserve la confidentialité des délibérations du Conseil d'administration, des positions défendues, des votes des membres ainsi que toute autre information qui exige le respect de la confidentialité, tant en vertu d'une loi que selon une décision de l'Établissement.

4.12 L'administrateur s'abstient d'utiliser des informations confidentielles obtenues dans l'exercice ou à l'occasion de l'exercice de ses fonctions à son avantage personnel, à celui d'autres personnes physiques ou morales ou à celui d'un groupe d'intérêts.

Relations publiques

4.13 L'administrateur respecte la politique de l'Établissement sur les relations avec les médias. Le membre du Conseil d'administration doit faire preuve de réserve, de loyauté et de prudence à l'occasion de représentations publiques lorsqu'il est autorisé à le faire. Il doit, à cet effet, transmettre fidèlement les orientations générales de l'établissement, évitant tout commentaire susceptible de porter atteinte à l'intégrité de cet établissement.

Charge publique élective

4.14 L'administrateur informe le Conseil d'administration de son intention de présenter sa candidature à une charge publique élective.

4.15 L'administrateur doit démissionner immédiatement de ses fonctions d'administrateur lorsqu'il est élu à une charge publique à temps plein sur le territoire du CSSS de Matane. De plus, il doit se retirer temporairement de ses fonctions d'administrateur s'il est élu à une charge publique dont l'exercice est à temps partiel et que cette charge est susceptible de le placer en situation de conflit d'intérêts.

Biens et services de l'Établissement

4.16 L'administrateur utilise les biens, les ressources et les services de l'Établissement selon les modalités d'utilisation déterminées par le Conseil d'administration. Il ne peut confondre les biens de l'Établissement avec les siens. Il ne peut les utiliser à son profit ou au profit d'un tiers, à moins qu'il ne soit dûment autorisé à le faire par le Conseil d'administration. Il en va de même des ressources et des services mis à sa disposition par l'Établissement.

4.17 L'administrateur ne reçoit aucun traitement pour l'exercice de ses fonctions. Il a cependant droit au remboursement des dépenses faites dans l'exercice de ses fonctions aux conditions et dans la mesure que détermine le gouvernement. L'administrateur devra faire preuve d'honnêteté dans ses déclarations.

Avantages et cadeaux

4.18 L'administrateur ne doit pas solliciter, accepter ou exiger, dans son intérêt ou celui d'un tiers, ni verser ou s'engager à verser à un tiers, directement ou indirectement, un cadeau, une marque d'hospitalité ou tout avantage ou considération lorsqu'il est destiné ou susceptible de l'influencer dans l'exercice de ses fonctions ou de générer des expectatives en ce sens.

4.19 L'administrateur qui reçoit un avantage contraire au présent Code est redevable envers l'Établissement de la valeur de l'avantage reçu.

Interventions inappropriées

4.20 L'administrateur s'abstient d'intervenir dans le processus d'embauche du personnel, sous réserve de la *Loi sur les services de santé et les services sociaux*, L.R.Q., c. S-4.2.

4.21 L'administrateur s'abstient de manœuvrer pour favoriser des proches ou toute autre personne physique ou morale.

ARTICLE V – ADMINISTRATEURS INDÉPENDANTS

5.1 L'administrateur élu, nommé ou coopté, à titre d'administrateur indépendant, doit dénoncer par écrit au Conseil d'administration, dans les plus brefs délais, toute situation susceptible d'affecter son statut. L'administrateur doit transmettre au Conseil d'administration le formulaire de l'Annexe II du présent Code, au plus tard dans les vingt (20) jours suivant la présence d'une telle situation.

ARTICLE VI – CONFLIT D'INTÉRÊTS

6.1 L'administrateur ne peut exercer ses fonctions dans son propre intérêt ni dans celui d'un tiers. Il doit prévenir tout conflit d'intérêts ou toute apparence de conflit d'intérêts et éviter de se placer dans une situation qui le rendrait inapte à exercer ses fonctions. Il est notamment en conflit d'intérêts lorsque les intérêts en présence sont tels qu'il peut être porté à préférer certains d'entre eux au détriment de l'Établissement ou y trouver un avantage direct ou indirect, actuel ou éventuel, personnel ou en faveur d'un tiers.

6.2 Dans un délai raisonnable après son entrée en fonction, un administrateur doit organiser ses affaires personnelles de manière à ce qu'elles ne puissent nuire à l'exercice de ses fonctions en évitant des intérêts incompatibles. Il doit prendre, le cas échéant, toute mesure nécessaire pour se conformer aux dispositions du présent Code.

6.3 L'administrateur doit s'abstenir de participer aux délibérations et décisions lorsqu'une atteinte à son objectivité, à son jugement ou à son indépendance pourrait résulter notamment de relations personnelles, familiales, sociales, professionnelles ou d'affaires. De plus, les situations suivantes peuvent, notamment, constituer des conflits d'intérêts :

a) Avoir directement ou indirectement un intérêt dans une délibération du Conseil d'administration;

b) Avoir directement ou indirectement un intérêt dans un contrat ou un projet de l'Établissement;

c) Obtenir ou être sur le point d'obtenir un avantage personnel qui résulte d'une décision du Conseil d'administration;

d) Avoir une réclamation litigieuse auprès de l'Établissement;

e) Se laisser influencer par des considérations extérieures telles que la possibilité d'une nomination ou des perspectives ou offres d'emploi.

6.4 L'administrateur doit déposer et déclarer par écrit au Conseil d'administration les intérêts pécuniaires qu'il a dans des personnes morales, des sociétés ou des entreprises qui ont conclu des contrats de service ou sont susceptibles d'en conclure avec l'Établissement en remplissant le formulaire de l'Annexe III du présent Code.

6.5 L'administrateur qui a un intérêt direct ou indirect dans une personne morale ou auprès d'une personne physique qui met en conflit son intérêt personnel, celui du Conseil d'administration ou de l'Établissement qu'il administre doit, sous peine de déchéance de sa charge, dénoncer par écrit son intérêt au Conseil d'administration en remplissant le formulaire de l'Annexe IV du présent Code. De plus, il doit s'abstenir de siéger au Conseil d'administration et de participer à toute délibération ou à toute décision lorsque cette question d'intérêt est débattue.

6.6 Le fait pour un administrateur d'être actionnaire minoritaire d'une personne morale qui exploite une telle entreprise ne constitue pas un conflit d'intérêts si les actions de cette personne morale se transigent dans une bourse reconnue et si cet administrateur ne constitue pas un initié de cette personne morale au sens de l'article 89 de la *Loi sur les valeurs mobilières* (L.R.Q., c. V-1.1).

6.7 L'administrateur qui est en situation de conflit d'intérêts réel, potentiel ou apparent à l'égard d'une question soumise lors d'une séance du Conseil d'administration doit sur-le-champ déclarer cette situation au Conseil d'administration. Cette déclaration doit être consignée au procès-verbal. L'administrateur doit se retirer lors des délibérations incluant les réunions de travail et de la prise de décision sur cette question.

6.8 Toute personne, lorsqu'elle a un motif sérieux de croire qu'un administrateur est en situation de conflit d'intérêts, et ce, même de façon ponctuelle ou temporaire, doit signaler cette situation, sans délai, au président du Conseil d'administration, ou si ce dernier est concerné, au directeur général. Pour signaler cette situation, cette personne doit remplir le formulaire de l'Annexe V du présent Code. Le président du Conseil d'administration ou, le cas échéant, le directeur général transmet ce formulaire au Comité de gouvernance et d'éthique. Le Comité de gouvernance et d'éthique peut recommander l'application de mesures préventives ou la tenue d'une enquête par le comité de discipline. Le Comité de gouvernance et d'éthique remet son rapport écrit et motivé au Conseil d'administration, au plus tard dans les trente (30) jours de la réception du signalement.

6.9 Le directeur général ne peut recevoir, en outre de sa rémunération, aucune somme ou avantage direct ou indirect de quiconque hormis les cas prévus par la loi.

ARTICLE VII – FIN DU MANDAT

7.1 Malgré l'expiration de son mandat, l'administrateur doit demeurer en fonction jusqu'à ce qu'il soit remplacé ou élu, désigné, nommé ou coopté de nouveau, tout en maintenant la même qualité d'implication et de professionnalisme.

7.2 L'administrateur doit, après l'expiration de son mandat, respecter la confidentialité de tout renseignement, débat, échange et discussion dont il a eu connaissance dans l'exercice ou à l'occasion de ses fonctions au sein du Conseil d'administration.

7.3 L'administrateur qui a cessé d'exercer sa charge doit se comporter de manière à ne pas tirer d'avantages indus, en son nom personnel ou pour le compte d'autrui, de ses fonctions antérieures d'administrateur.

7.4 À la fin de son mandat, l'administrateur ne doit pas agir, en son nom personnel ou pour le compte d'autrui, relativement à une procédure, à une négociation ou à toute autre situation de l'Établissement pour laquelle il a participé et sur laquelle il détient des informations non disponibles au public.

7.5 L'administrateur s'abstient, dans l'année suivant la fin de son mandat, s'il n'est pas déjà à l'emploi de l'Établissement, de solliciter un emploi auprès de l'Établissement.

7.6 Tout document en possession de l'administrateur doit être détruit de façon sécuritaire ou retourné à la Direction générale dans un délai n'excédant pas soixante (60) jours de son départ (voir Annexe VIII).

ARTICLE VIII – APPLICATION DU CODE

8.1 Adhésion au Code

8.1.1 Chaque administrateur s'engage à reconnaître et à s'acquitter de ses responsabilités et de ses fonctions au mieux de ses connaissances et à respecter le présent Code ainsi que les lois applicables.

8.1.2 Dans les soixante (60) jours de l'adoption du présent Code par le Conseil d'administration, chaque administrateur doit produire l'engagement de l'Annexe I du présent Code. Chaque nouvel administrateur doit aussi le faire dans les soixante (60) jours suivant son entrée en fonction.

8.1.3 En cas de doute sur la portée ou sur l'application d'une disposition du présent Code, il appartient à l'administrateur de consulter le Comité de gouvernance et d'éthique de l'Établissement.

8.2 Comité de gouvernance et d'éthique

8.2.1 En matière d'éthique et de déontologie, le Comité de gouvernance et d'éthique de l'Établissement a pour fonctions de :

a) Élaborer un Code d'éthique et de déontologie conformément à l'article 3.1.4 de la *Loi sur le ministère du Conseil exécutif* (L.R.Q., c. M-30);

b) Diffuser et promouvoir le présent Code auprès des membres du conseil d'administration;

c) Informer les administrateurs du contenu et des modalités d'application du présent Code;

d) Conseiller les membres du Conseil d'administration sur toute question relative à l'application du présent Code;

e) Assurer le traitement des déclarations de conflits d'intérêts et fournir aux administrateurs qui en font la demande des avis sur ces déclarations;

f) Réviser, au besoin, le présent Code et soumettre toute modification au Conseil d'administration pour adoption;

g) Évaluer périodiquement l'application du présent Code et faire des recommandations au Conseil d'administration, le cas échéant.

8.3 Comité de discipline

8.3.1 Le comité de gouvernance et d'éthique peut instaurer, au besoin, un comité de discipline composé de trois (3) membres nommés par et parmi les administrateurs de l'Établissement. Le comité est formé d'une majorité de membres indépendants et il est présidé par un membre indépendant.

8.3.2 De plus, le Comité de discipline peut avoir recours à une ressource externe à l'Établissement. Une personne cesse de faire partie du Comité de discipline dès qu'elle perd la qualité d'administrateur.

8.3.3 Un membre du comité de discipline ne peut siéger lorsqu'il est impliqué dans une situation soumise à l'attention du comité.

8.3.4 Le Comité de discipline a pour fonctions de :

a) Faire enquête lorsqu'il est saisi d'une situation de manquement ou d'omission, concernant un administrateur, aux règles d'éthique et de déontologie prévues par le présent Code;

b) Déterminer, suite à une telle enquête, si un administrateur a contrevenu ou non au présent Code;

c) Faire des recommandations au Conseil d'administration sur la mesure qui devrait être imposée à un administrateur fautif.

ARTICLE IX – PROCESSUS DISCIPLINAIRE

9.1 Tout manquement ou omission concernant un devoir ou une obligation prévu dans le présent Code constitue un acte dérogatoire et peut entraîner une mesure, le cas échéant.

9.2 Le Comité de gouvernance et d'éthique saisit le comité de discipline, lorsqu'une personne a un motif sérieux de croire qu'un administrateur a pu contrevenir au présent Code, en transmettant le formulaire de l'Annexe V du présent Code rempli par cette personne.

9.3 Le Comité de discipline détermine, après analyse, s'il y a matière à enquête. Dans l'affirmative, il notifie à l'administrateur les manquements reprochés et la référence aux dispositions du présent Code. La notification informe l'administrateur qu'il peut, dans un délai de vingt (20) jours de l'avis, fournir ses observations par écrit au Comité de discipline et, sur demande, être entendu par celui-ci relativement au manquement reproché. L'administrateur concerné doit en tout temps répondre avec diligence à toute communication ou demande du Comité de discipline.

9.4 L'administrateur qui est informé qu'une enquête est tenue à son sujet ne doit pas communiquer avec la personne qui a demandé la tenue de l'enquête.

9.5 Le Comité de discipline peut désigner des personnes chargées de faire enquête relativement à la situation ou aux allégations de comportements susceptibles d'être dérogatoires à l'éthique ou à la déontologie. L'enquête doit être conduite de manière confidentielle et protéger, dans la mesure du possible, l'anonymat de la personne à l'origine de l'allégation. Les personnes chargées de faire l'enquête sont tenues de remplir le formulaire d'affirmation solennelle de discrétion de l'Annexe VI du présent Code.

9.6 Tout membre du Comité de discipline qui enquête doit le faire dans un souci de confidentialité, de discrétion, d'objectivité et d'impartialité. Il doit être indépendant d'esprit et agir avec rigueur et prudence.

9.7 Le Comité de discipline doit respecter les règles de justice naturelle en offrant à l'administrateur concerné une occasion raisonnable de connaître la nature du reproche, de prendre connaissance des documents faisant partie du dossier du comité de discipline, de préparer et de faire ses représentations écrites ou verbales. Si, à sa demande, l'administrateur est entendu par le Comité de discipline, il peut être accompagné d'une personne de son choix.

9.8 Ne peuvent être poursuivies en justice en raison d'actes accomplis de bonne foi dans l'exercice de leurs fonctions, les personnes et les autorités qui sont chargées de faire enquête relativement à des situations ou à des allégations de comportements susceptibles d'être dérogatoires à l'éthique ou à la déontologie, ainsi que celles chargées de déterminer ou d'imposer les sanctions appropriées.

9.9 Le Comité de discipline transmet son rapport au Conseil d'administration, au plus tard dans les quarante-cinq (45) jours suivant la réception des allégations ou du début de son enquête. Ce rapport est confidentiel et doit comprendre :

a) Un état des faits reprochés;

b) Un résumé des témoignages et des documents consultés incluant le point de vue de l'administrateur visé;

c) Une conclusion motivée sur le bien-fondé ou non de l'allégation de non-respect du présent Code;

d) Une recommandation motivée sur la mesure à imposer, le cas échéant.

9.10 En application de l'article 9.9 *d)* du présent Code, le Conseil d'administration se réunit à huis clos pour décider de la mesure à imposer à l'administrateur concerné. Avant de décider de l'application d'une mesure, le Conseil d'administration doit l'aviser et lui offrir de se faire entendre. Ce dernier peut être accompagné d'une personne de son choix. Toutefois, ceux-ci ne peuvent pas participer aux délibérations ni à la décision du Conseil d'administration.

9.11 Le Conseil d'administration peut relever provisoirement de ses fonctions l'administrateur à qui l'on reproche un manquement à l'éthique ou à la déontologie, afin de permettre la prise d'une décision appropriée dans le cas d'une situation urgente nécessitant une intervention rapide ou dans un cas présumé de faute grave. S'il s'agit du directeur général, le Conseil d'administration doit s'assurer du respect des dispositions du *Règlement sur certaines conditions de travail applicables aux hors-*

9.12 *cadres des agences et des établissements publics de santé et de services sociaux* (R.R.Q., c. S-4.2, r. 5.2).

9.13 Toute mesure prise par le Conseil d'administration doit être communiquée à l'administrateur concerné. Toute mesure imposée à l'administrateur, de même que la décision de le relever de ses fonctions, doivent être écrites et motivées.

9.14 Cette mesure peut être un rappel à l'ordre, une réprimande, une suspension d'une durée maximale de trois (3) mois, une révocation de son mandat, selon la nature et la gravité de la dérogation.

9.15 Le secrétaire du Conseil d'administration conserve tout dossier relatif à la mise en œuvre du présent Code, de manière confidentielle, pendant toute la durée fixée par le calendrier de conservation adopté par l'Établissement, conformément aux dispositions de la *Loi sur les archives* (L.R.Q., c. A-21.1).

ARTICLE X – DIFFUSION DU CODE

10.1 L'Établissement doit rendre le présent Code accessible au public et le publier dans son rapport annuel (site web).

10.2 Le rapport annuel de gestion de l'Établissement doit faire état du nombre de cas traités et de leur suivi, des manquements constatés au cours de l'année par le Comité de discipline, des décisions prises et des mesures imposées par le Conseil d'administration ainsi que du nom des administrateurs suspendus au cours de l'année ou dont le mandat a été révoqué.

ARTICLE XI – DISPOSITIONS FINALES

11.1 Entrée en vigueur

11.1.1 Le présent Code entre en vigueur le jour de son adoption par le Conseil d'administration de l'Établissement.

11.2 Révision

11.2.1 Le présent Code doit faire l'objet d'une révision par le Comité de gouvernance et d'éthique de l'Établissement tous les quatre (4) ans ou lorsque des modifications législatives ou réglementaires le requièrent.

ANNEXE 1

ÉTAT DES RÉSULTATS

		Budget	Exploitation Ex.courant (R.deP358 C4)	Immobilisations Exercice courant (Note 1)	Total Ex.courant C2+C3	Total Ex. préc
		1	2	3	4	5
REVENUS						
Subventions Agence et MSSS (FI:P408)	1	43 074 849	44 680 550	2 778 978	47 459 528	48 775 167
Subventions Gouvernement du Canada (FI:P294)	2					
Contributions des usagers	3	2 548 698	2 449 798	XXXX	2 449 798	2 560 621
Ventes de services et recouvrements	4	225 851	316 971	XXXX	316 971	273 024
Donations (FI:P294)	5			88 589	88 589	97 689
Revenus de placement (FI:P302)	6		41 723	704	42 427	33 430
Revenus de type commercial	7	40 000	45 456	XXXX	45 456	43 653
Gain sur disposition (FI:P302)	8					
	9	XXXX	XXXX	XXXX	XXXX	XXXX
	10	XXXX	XXXX	XXXX	XXXX	XXXX
Autres revenus (FI:P302)	11	361 095	366 370	3 921	370 291	467 637
TOTAL (L.01 à L.11)	12	46 250 493	47 900 868	2 872 192	50 773 060	52 251 221
CHARGES						
Salaires, avantages sociaux et charges sociales	13	32 696 835	33 377 622	XXXX	33 377 622	33 067 141
Médicaments	14	1 726 588	2 274 049	XXXX	2 274 049	1 697 855
Produits sanguins	15		778 874	XXXX	778 874	611 432
Fournitures médicales et chirurgicales	16	1 329 508	1 368 739	XXXX	1 368 739	1 287 469
Denrées alimentaires	17	566 107	587 434	XXXX	587 434	558 933
Rétributions versées aux ressources non institutionnelles	18	2 160 213	1 912 976	XXXX	1 912 976	2 111 583
Frais financiers (FI:P325)	19			728 888	728 888	623 313
Entretien et réparations, y compris les dépenses non capitalisables relatives aux immobilisations	20	631 375	690 991	9 465	700 456	704 804
Créances douteuses	21	7 500	3 065	XXXX	3 065	9 889
Loyers	22	38 900	41 450	XXXX	41 450	41 759
Amortissement des immobilisations (FI:P422)	23		XXXX	2 175 927	2 175 927	2 226 943
Perte sur disposition d'immobilisations (FI:P420, 421)	24		XXXX	6 699	6 699	729
	25	XXXX	XXXX	XXXX	XXXX	XXXX
	26	XXXX	XXXX	XXXX	XXXX	XXXX
Autres charges (FI:P325)	27	7 184 373	6 847 061	18 732	6 865 793	7 129 696
TOTAL (L.13 à L.27)	28	46 343 399	47 882 261	2 939 711	50 821 972	50 071 546
SURPLUS (DÉFICIT) DE L'EXERCICE (L.12 - L.28)	29	(92 906)	18 607	(67 519)	(48 912)	2 179 675

Note 1: la colonne 3 s'applique aux établissements publics seulement

ÉTAT DES SURPLUS (DÉFICITS) CUMULÉS

		Fonds Exploitation Ex.courant	Fonds immobilisations Ex.courant	Total Ex.courant (C1+C2)	Total Ex.préc.	Notes
		1	2	3	4	
SURPLUS (DÉFICITS) CUMULÉS AU DÉBUT DÉJÀ ÉTABLIS	1	1 174 254	2 016 481	3 190 735	1 011 060	
Modifications comptables avec retraitement des années antérieures (préciser)	2					
Modifications comptables sans retraitement des années antérieures (préciser)	3	49 416		49 416	XXXX	12
SURPLUS (DÉFICITS) CUMULÉS AU DÉBUT REDRESSÉS (L.01 à L.03)	4	1 223 670	2 016 481	3 240 151	1 011 060	
SURPLUS (DÉFICIT) DE L'EXERCICE	5	18 607	(67 519)	(48 912)	2 179 675	
Autres variations:						
Transferts interétablissements (préciser)	6					
Transferts interfonds (préciser)	7	(15 133)	15 133	0		13
Autres éléments applicables aux établissements privés conventionnés (préciser)	8		XXXX			
	9	XXXX	XXXX	XXXX	XXXX	
TOTAL DES AUTRES VARIATIONS (L.06 à L.09)	10	(15 133)	15 133			
SURPLUS (DÉFICITS) CUMULÉS À LA FIN (L.04 + L.05 + L.10)	11	1 227 144	1 964 095	3 191 239	3 190 735	
Constitués des éléments suivants:						
Affectations d'origine externe	12	XXXX	XXXX			
Affectations d'origine interne	13	XXXX	XXXX			
Solde non affecté (L.11 - L.12 - L.13)	14	XXXX	XXXX	3 191 239	3 190 735	
TOTAL (L.12 à L.14)	15	XXXX	XXXX	3 191 239	3 190 735	

ÉTAT DE LA SITUATION FINANCIÈRE

	FONDS	Exploitation	Immobilisations	Total Ex.courant (C1+C2)	Total Ex.préc.
		1	2	3	4
ACTIFS FINANCIERS					
Encaisse (découvert bancaire)	1	3 589 647	73 895	3 663 542	2 337 626
Placements temporaires	2				
Débiteurs - Agence et MSSS (FE:P362, FI:P408)	3	1 702 154	176 968	1 879 122	1 916 820
Autres débiteurs (FE:P360, FI: P400)	4	696 646	72 343	768 989	890 061
	5	XXXX	XXXX	XXXX	XXXX
Créances interfonds (dettes interfonds)	6	(836 330)	836 330	0	
Subvention à recevoir (perçue d'avance) - réforme comptable (FE:P362, FI:P408)	7	3 906 815	(1 799 539)	2 107 276	2 261 232
Placements de portefeuille	8				
Frais reportés liés aux dettes	9	XXXX	54 890	54 890	82 050
	10	XXXX	XXXX	XXXX	XXXX
	11	XXXX	XXXX	XXXX	XXXX
Autres éléments (FE: P360, FI: P400)	12	20 307	607 200	627 507	717 431
TOTAL DES ACTIFS FINANCIERS (L.01 à L.12)	13	9 079 239	22 087	9 101 326	8 205 220
PASSIFS					
Emprunts temporaires (FE: P365, FI: P403)	14		2 689 899	2 689 899	977 551
Créditeurs - Agence et MSSS (FE: P362, FI: P408)	15				
Autres créditeurs et autres charges à payer (FE: P361, FI: P401)	16	4 111 274	1 551 379	5 662 653	4 219 335
Avances de fonds en provenance de l'agence - enveloppes décentralisées	17	XXXX	836 671	836 671	537 137
Intérêts courus à payer (FE: P361, FI: P401)	18		176 968	176 968	208 060
Revenus reportés (FE: P290 et 291, FI: P294)	19	1 100 978	732 247	1 833 225	1 332 780
	20	XXXX	XXXX	XXXX	XXXX
Dettes à long terme (FI: P403)	21	XXXX	23 093 897	23 093 897	26 808 045
Passifs environnementaux (FI: P401)	22	XXXX			
Passif au titre des avantages sociaux futurs (FE: P363)	23	3 921 076	XXXX	3 921 076	3 974 529
	24	XXXX	XXXX	XXXX	XXXX
Autres éléments (FE: P361, FI: P401)	25	62 444		62 444	49 157
TOTAL DES PASSIFS (L.14 à L.25)	26	9 195 772	29 081 061	38 276 833	38 106 594
ACTIFS FINANCIERS NETS (DETTE NETTE)(L.13 - L.26)	27	(116 533)	(29 058 974)	(29 175 507)	(29 901 374)
ACTIFS NON FINANCIERS					
Immobilisations (FI: P420, 421, 422)	28	XXXX	31 023 069	31 023 069	31 744 121
Stocks de fournitures (FE: P360)	29	693 860	XXXX	693 860	779 622
Frais payés d'avance (FE: P380, FI: P400)	30	649 817		649 817	568 366
TOTAL DES ACTIFS NON FINANCIERS (L.28 à L.30)	31	1 343 677	31 023 069	32 366 746	33 092 109
CAPITAL-ACTIONS ET SURPLUS D'APPORT	32		XXXX		
SURPLUS (DÉFICITS) CUMULÉS (L.27 + L.31 - L.32)	33	1 227 144	1 964 095	3 191 239	3 190 735

Obligations contractuelles (pages 635-00 à 635-03) et PPP (638-01 et 638-02)
Éventualités (pages 636-01 et 636-02)
Colonne 2: Établissements publics seulement
Ligne 06, Colonne 3: Le montant doit être égal à zéro
Ligne 32: applicable aux établissements privés seulement

ÉTAT DE LA VARIATION DES ACTIFS FINANCIERS NETS (DETTE NETTE)

		Budget	Fonds Exploitation	Fonds Immobilisations	Total - Ex.Courant (C2+C3)	Total - Ex.Précédent
		1	2	3	4	5
ACTIFS FINANCIERS NETS (DETTE NETTE) AU DÉBUT DÉJÀ ÉTABLIS	1	(29 962 801)	(173 734)	(29 789 070)	(29 962 804)	(32 444 239)
Modifications comptables avec retraitement des années antérieures	2					(61 430)
Modifications comptables sans retraitement des années antérieures	3		49 416		49 416	XXXX
ACTIFS FINANCIERS NETS (DETTE NETTE) AU DÉBUT REDRESSÉ (L.01 à L.03)	4	(29 962 801)	(124 318)	(29 789 070)	(29 913 388)	(32 505 669)
SURPLUS (DÉFICIT) DE L'EXERCICE (P.200, L.29)	5		18 607	(67 519)	(48 912)	2 179 675
VARIATIONS DUES AUX IMMOBILISATIONS:						
Acquisitions (FI:P421)	6		XXXX	(1 400 144)	(1 400 144)	(1 734 987)
Amortissement de l'exercice (FI:P422)	7		XXXX	2 175 927	2 175 927	2 226 943
(Gain)/Perte sur dispositions (FI:P208)	8		XXXX	6 699	6 699	730
Produits sur dispositions (FI:P208)	9		XXXX			
Réduction de valeurs (FI:P420, 421-00)	10		XXXX			
	11	XXXX	XXXX	XXXX	XXXX	XXXX
	12	XXXX	XXXX	XXXX	XXXX	XXXX
	13	XXXX	XXXX	XXXX	XXXX	XXXX
TOTAL DES VARIATIONS DUES AUX IMMOBILISATIONS (L.06 à L.13)	14		XXXX	782 482	782 482	492 686
VARIATIONS DUES AUX STOCKS DE FOURNITURES ET AUX FRAIS PAYÉS D'AVANCE:						
Acquisition de stocks de fournitures	15		85 762	XXXX	85 762	69 950
Acquisition de frais payés d'avance	16		(81 451)		(81 451)	(199 446)
Utilisation de stocks de fournitures	17			XXXX		
Utilisation de frais payés d'avance	18					
TOTAL DES VARIATIONS DUES AUX STOCKS DE FOURNITURES ET AUX FRAIS PAYÉS D'AVANCE (L.15 à L.18)	19		4 311		4 311	(129 496)
Autres variations des surplus (déficits) cumulés	20		(15 133)	15 133	0	
AUGMENTATION (DIMINUTION) DES ACTIFS FINANCIERS NETS (DETTE NETTE) (L.05 + L.14 + L.19 + L.20)	21		7 785	730 096	737 881	2 542 865
ACTIFS FINANCIERS NETS (DETTE NETTE) À LA FIN (L.04 + L.21)	22	(29 962 801)	(116 533)	(29 058 974)	(29 175 507)	(29 962 804)

ÉTAT DES FLUX DE TRÉSORERIE

		Exercice courant 1	Exercice précédent 2
ACTIVITÉS DE FONCTIONNEMENT			
Surplus (déficit) de l'exercice	1	(48 912)	2 179 675
ÉLÉMENTS SANS INCIDENCE SUR LA TRÉSORERIE:			
Provisions liées aux placements de portefeuille et garanties de prêts	2		
Stocks de fournitures et frais payés d'avance	3	4 311	(129 496)
Perte (gain) sur disposition d'immobilisations	4	6 699	730
Perte (gain) sur disposition de placements de portefeuille	5		
Amortissement des revenus reportés liés aux immobilisations:			
- Gouvernement du Canada	6		
- Autres	7	20 414	(8 306)
Amortissement des immobilisations	8	2 175 927	2 226 943
Réduction pour moins-value des immobilisations	9		
Amortissement des frais d'émission et de gestion liés aux dettes	10		
Amortissement de la prime ou escompte sur la dette	11		
Subvention à recevoir - réforme comptable - immobilisations	12	(81 572)	
Autres	13	49 416	9 889
TOTAL DES ÉLÉMENTS SANS INCIDENCE SUR LA TRÉSORERIE (L.02 à L.13)	14	2 175 195	2 099 760
Variation des actifs financiers et des passifs reliés au fonctionnement	15	2 663 007	(2 751 769)
FLUX DE TRÉSORERIE LIÉS AUX ACTIVITÉS DE FONCTIONNEMENT (L.01 + L.14 + L.15)	16	4 789 290	1 527 666
ACTIVITÉS D'INVESTISSEMENT EN IMMOBILISATIONS			
Acquisitions d'immobilisations	17	(1 461 574)	(1 734 987)
Produits de disposition d'immobilisations	18		
FLUX DE TRÉSORERIE LIÉS AUX ACTIVITÉS D'INVESTISSEMENT EN IMMOBILISATIONS (L.17 + L.18)	19	(1 461 574)	(1 734 987)
ACTIVITÉS D'INVESTISSEMENT			
Variation des placements temporaires	20		
Placements de portefeuille effectués	21		
Produits de disposition de placements de portefeuille	22		
Placements de portefeuille réalisés	23		
FLUX DE TRÉSORERIE LIÉS AUX ACTIVITÉS D'INVESTISSEMENT (L.20 à L.23)	24		

ÉTAT DES FLUX DE TRÉSORERIE (SUITE)

		Exercice courant 1	Exercice précédent 2
ACTIVITÉS DE FINANCEMENT			
Dettes à long terme:			
Emprunts effectués - Dettes à long terme	1		4 297 114
Emprunts effectués - Refinancement de dettes à long terme	2		
Emprunts remboursés - Dettes à long terme	3	(1 889 185)	(1 409 230)
Emprunts remboursés - Refinancement de dettes à long terme	4	(1 824 963)	
Capitalisation de l'escompte et de la prime sur la dette	5		
Variation des emprunts temporaires - fonds d'exploitation	6		
Emprunts temporaires - fonds d'immobilisations:			
Emprunts temporaires effectués - fonds d'immobilisations	7	1 761 589	2 649 694
Emprunts temporaires effectués - Refinancement fonds d'immobilisations	8		
Emprunts temporaires remboursés - fonds d'immobilisations	9	(49 241)	(3 070 113)
Emprunts temporaires remboursés - Refinancement fonds d'immobilisations	10		
Variation du Fonds d'amortissement du gouvernement	11		
Autres	12		
FLUX DE TRÉSORERIE LIÉS AUX ACTIVITÉS DE FINANCEMENT (L.01 à L.12)	13	(2 001 800)	2 467 465
AUGMENTATION (DIMINUTION) DE LA TRÉSORERIE ET DES ÉQUIVALENTS DE TRÉSORERIE (P.208-00, L.16 + L.19 + L.24 + P.208-01, L.13)	14	1 325 916	2 260 144
TRÉSORERIE ET ÉQUIVALENTS DE TRÉSORERIE AU DÉBUT	15	2 337 626	1 583 847
TRÉSORERIE ET ÉQUIVALENTS DE TRÉSORERIE À LA FIN (L.14 + L.15)	16	3 663 542	3 843 991
TRÉSORERIE ET ÉQUIVALENTS DE TRÉSORERIE À LA FIN COMPRENNENT:			
Encaisse	17	3 663 542	2 337 626
Placements dont l'échéance n'excède pas 3 mois	18		
TOTAL (L.17 + L.18)	19	3 663 542	2 337 626

ÉTAT DES FLUX DE TRÉSORERIE (suite)

		Exercice courant 1	Exercice précédent 2
VARIATION DES ACTIFS FINANCIERS ET DES PASSIFS RELIÉS AU FONCTIONNEMENT:			
Débiteurs - Agence et MSSS	1	37 695	1 293 773
Autres débiteurs	2	121 072	(236 140)
Subvention à recevoir - réforme comptable - avantages sociaux futurs	3	235 531	
Frais reportés liés aux dettes	4	27 160	8 720
Autres éléments d'actifs	5	89 924	89 760
Créditeurs - Agence et MSSS	6		
Autres créditeurs et autres charges à payer	7	1 443 318	(1 530 490)
Avances en provenance de l'agence - enveloppes décentralisées	8	299 534	(1 113 277)
Intérêts courus à payer	9	(31 092)	55 237
Revenus reportés	10	480 031	(1 120 123)
Passifs environnementaux	11		
Passifs au titre des avantages sociaux futurs	12	(53 453)	
Autres éléments de passifs	13	13 287	(199 229)
TOTAL DE LA VARIATION DES ACTIFS FINANCIERS ET DES PASSIFS RELIÉS AU FONCTIONNEMENT (L.01 à L.13)	14	2 663 007	(2 751 769)
AUTRES RENSEIGNEMENTS:			
Acquisitions d'immobilisations incluses dans les créditeurs au 31 mars	15	52 213	126 487
Produits de disposition d'immobilisations inclus dans les débiteurs au 31 mars	16		
Autres éléments n'affectant pas la trésorerie et les équivalents de trésorerie	17		
Intérêts:			
Intérêts créditeurs (revenus)	18	42 427	33 430
Intérêts encaissés (revenus)	19	42 427	33 430
Intérêts débiteurs (dépenses)	20	728 888	1 171 667
Intérêts déboursés (dépenses)	21	759 980	1 116 430
Placements temporaires:			
Échéance inférieure ou égale à 3 mois:			
-Solde au 31 mars de l'exercice précédent	22		
-Solde au 31 mars de l'exercice courant	23		
Échéance supérieure à 3 mois:			
-Solde au 31 mars de l'exercice précédent	24		
-Placements effectués	25		
-Placements réalisés	26		
-Solde au 31 mars de l'exercice courant (L.24 + L.25 - L.26)	27		

NOTES AUX ÉTATS FINANCIERS

Note 1. - Constitution et mission

L'établissement est constitué en corporation par lettres patentes sous l'autorité de la Loi sur les services de santé et les services sociaux (chapitre S-4.2). Il a pour mandat de promouvoir la santé, le bien-être et la contribution active de la population du territoire du Centre de santé et de services sociaux de Matane en orchestrant les soins de santé et les services sociaux, en misant sur l'accessibilité, la qualité et la sécurité tout en favorisant les partenariats afin de faciliter le cheminement intégré des personnes.

Le siège social du centre est situé à 333 Thibault, Matane. Les points de service sont répartis dans l'ensemble de la région de la Matanie.
En vertu des lois fédérale et provinciale de l'impôt sur le revenu, l'établissement n'est pas assujetti aux impôts sur le revenu.

Réorganisation du réseau de la santé et des services sociaux

La Loi modifiant l'organisation et la gouvernance du réseau de la santé et des services sociaux notamment par l'abolition des agences régionales (2015, chapitre 1) qui entre en vigueur le 1er avril 2015, entraînera une modification de l'organisation et de la gouvernance du réseau de la santé et des services sociaux par la création, pour chaque région socio-sanitaire visée, d'un ou de centres intégrés de santé et de services sociaux ou d'un ou de centres intégrés universitaires de santé et de services sociaux, issu(s) de la fusion de l'agence de la santé et des services sociaux et d'établissements publics de la région.
Ainsi, le Centre de santé et de services sociaux de Matane est fusionné avec le Centre intégré de santé et de services sociaux du Bas St-Laurent qui jouit de tous ses droits, acquiert tous ses biens, assume toutes ses obligations et poursuit toutes ses procédures sans reprise d'instance.

Note 2. - Description des principales méthodes comptables

Référentiel comptable

Aux fins de la préparation du présent rapport financier annuel est établi conformément aux Normes comptables canadiennes pour le secteur public, en tenant compte des particularités édictées par le ministère de la Santé et des Services sociaux et prescrites par l'article 477 de la Loi sur les services de santé et les services sociaux (chapitre S-4.2). Conséquemment :

- Les immeubles loués auprès de la Société québécoise d'infrastructure (SQI) sont comptabilisés comme une location-exploitation au lieu d'une location-acquisition, ce qui n'est pas conforme à la note d'orientation nº 2 des Normes comptables canadiennes pour le secteur public;
- Les instruments financiers dérivés et les placements de portefeuille composés d'instruments de capitaux propres cotés sur un marché actif sont évalué au coût ou au coût après amortissement, ce qui n'est pas conforme aux recommandations du chapitre SP 3450, « Instruments financiers »;

Utilisation d'estimations

La préparation du rapport financier annuel exige que la direction ait recours à des estimations et à des hypothèses. Celles-ci ont une incidence sur la comptabilisation des actifs et des passifs, de la présentation des actifs et passifs éventuels à la date des états financiers ainsi que sur la comptabilisation des produits et des charges au cours de la période visée dans le rapport financier annuel. Les résultats réels peuvent différer des meilleures prévisions faites par la direction.

Comptabilité d'exercice

La comptabilité d'exercice est utilisée tant pour l'information financière que pour les données quantitatives non financières.

Revenus

Les subventions gouvernementales du Québec et du Canada, reçues ou à recevoir, sont constatées aux revenus dans l'exercice au cours duquel le cédant les a dûment autorisées et lorsque l'établissement bénéficiaire a respecté tous les critères d'admissibilité, s'il en est.

En présence de stipulations précises imposées par le cédant quant à l'utilisation des ressources ou aux actions que l'établissement bénéficiaire doit poser pour les conserver, ou en présence de stipulations générales et d'actions ou de communications de l'établissement, les subventions gouvernementales sont d'abord comptabilisées à titre de revenus reportés, puis passées aux résultats au fur et à mesure que les stipulations sont rencontrées.

Une subvention pluriannuelle en provenance d'un ministère, d'un organisme budgétaire ou d'un fonds spécial n'est dûment autorisée par le Parlement que pour la partie pourvue de crédits au cours de l'exercice ou figurant au budget de dépenses et d'investissement voté annuellement par l'Assemblée nationale, respectivement, tel que stipulé dans la Loi concernant les subventions relatives au paiement en capital et intérêts des emprunts des organismes publics et municipaux et certains autres transferts (chapitre S-37.01).

Les sommes en provenance d'une entité hors périmètre comptable gouvernemental sont constatées comme revenus dans l'exercice au cours duquel elles sont utilisées aux fins prescrites en vertu d'une entente (nature des coûts, utilisation prévue ou période pendant laquelle les coûts devront être engagés). Les sommes reçues avant qu'elles ne soient utilisées doivent être présentées à titre de revenus reportés jusqu'à ce que lesdites sommes soient utilisées aux fins prescrites dans l'entente.
Lorsque les sommes reçues excèdent les coûts de la réalisation du projet ou de l'activité, selon les fins prescrites à l'entente, cet excédent doit être inscrit comme revenu dans l'exercice au cours duquel le projet ou l'activité est terminé, sauf si l'entente prévoit l'utilisation du solde, le cas échéant, à d'autres fins prescrites. De même, si une nouvelle entente écrite est conclue entre les parties, il est possible de comptabiliser un revenu reporté, si cette entente prévoit les fins auxquelles le solde doit être utilisé.

Revenus provenant des usagers

Les revenus provenant des usagers sont diminués des déductions, des exonérations et des exemptions accordées à certains de ceux-ci.

Revenus d'intérêts

Les intérêts gagnés sur l'encaisse et les placements font partie intégrante de chacun des fonds et, dans le cas

spécifique du fonds d'exploitation, sont répartis entre les activités principales et les activités accessoires. Dans le cas d'un prêt interfonds, les intérêts gagnés sur l'encaisse et les placements, réalisés à partir d'un solde prêté, appartiennent au fonds prêteur.

Autres revenus

Les sommes reçues par don, legs, subvention ou autre forme de contribution sans condition rattachée, à l'exception des sommes octroyées par le gouvernement du Québec et ses ministères ou par des organismes dont les dépenses de fonctionnement sont prises en charge par le fonds consolidé du revenu, sont comptabilisées aux revenus des activités principales dès leur réception et sont présentées à l'état des résultats du fonds d'exploitation.

Charges inhérentes aux ventes de services

Les montants de ces charges sont déterminés de façon à égaler les montants des revenus correspondants.

Débiteurs

Les débiteurs sont présentés à leur valeur recouvrable nette au moyen d'une provision pour créances douteuses.

La dépense pour créances douteuses de l'exercice est comptabilisée aux charges non réparties de l'exercice.

Prêts interfonds

Les prêts interfonds entre le fonds d'exploitation et le fonds d'immobilisations ne comportent aucune charge d'intérêts. Aucuns frais de gestion ne peuvent être chargés par le fonds d'exploitation au fonds d'immobilisations.

Frais d'émission, escompte et prime liés aux emprunts

Les frais d'émission liés aux emprunts sont comptabilisés à titre de frais reportés et sont amortis sur la durée de chaque emprunt selon la méthode linéaire.

L'escompte et la prime sur emprunts sont comptabilisés à titre de frais ou de revenus reportés respectivement et sont amortis selon le taux effectif de chaque emprunt.

Dettes à long terme

Les emprunts sont comptabilisés au montant encaissé lors de l'émission et ils sont ajustés annuellement de l'amortissement de l'escompte ou de la prime.

Dettes subventionnées par le gouvernement du Québec

Les montants reçus pour pourvoir au remboursement des dettes subventionnées à leur échéance sont comptabilisés aux résultats du fonds auquel ils se rapportent. Il en est de même pour les remboursements qui sont effectués directement aux créanciers par le ministère des Finances du Québec.

De plus, un ajustement annuel de la subvention à recevoir ou perçue d'avance concernant le financement des immobilisations à la charge du gouvernement est comptabilisé aux revenus de l'exercice du fonds d'immobilisations. Cet ajustement est déterminé par l'établissement à son rapport financier annuel.

Passifs environnementaux

Les obligations découlant de la réhabilitation de terrains contaminés ne faisant pas l'objet d'un usage productif ou faisant l'objet d'un usage productif mais dont l'état émane d'un événement imprévu sous la responsabilité de l'établissement, ou pouvant de façon probable relever de sa responsabilité, sont comptabilisées à titre de passifs environnementaux dès que la contamination survient ou dès qu'il en est informé et qu'il est possible d'en faire une estimation raisonnable.

Les passifs environnementaux comprennent les coûts estimatifs de la gestion et de la réhabilitation des terrains contaminés. L'évaluation de ces coûts est établie à partir de la meilleure information disponible et est révisée annuellement. La variation annuelle est constatée aux résultats de l'exercice.

Relativement à ces obligations, l'établissement comptabilise une subvention à recevoir du ministère de la Santé et des Services sociaux, du gouvernement du Québec, ce dernier ayant signifié sa décision de financer les coûts des travaux de réhabilitation des terrains contaminés existants au 31 mars 2008 et inventoriés au 31 mars 2011, de même que leurs variations survenues au cours des exercices 2011-2012 à 2014-2015.

Passifs au titre des avantages sociaux futurs

Les passifs au titre des avantages sociaux futurs comprennent principalement les obligations découlant de l'assurance-salaires ainsi que des congés de maladie et de vacances cumulés. Les autres avantages sociaux comprennent les droits parentaux.

i. Provision pour assurance-salaire

Les obligations découlant de l'assurance-salaire sont évaluées annuellement par le ministère de la Santé et des Services sociaux, par le biais de l'une des deux méthodes suivantes. La méthode par profil est généralement utilisée, laquelle est basée sur les dossiers observés en assurance salaire en tenant compte des facteurs tels que le sexe, le groupe d'âge, le regroupement d'emploi, le groupe de diagnostics, l'écart entre l'année financière du paiement et celle d'ouverture du dossier. Lorsque l'information nécessaire pour cette méthode n'est pas disponible, la méthode dite globale basée sur la moyenne des dépenses des trois dernières années est alors employée. Ces obligations ne sont pas actualisées. La variation annuelle est constatée dans les charges non réparties.

ii. Provision pour vacances

Les obligations découlant des congés de vacances des employés sont estimées à partir des heures cumulées au 31 mars 2015 et des taux horaires prévus en 2015-2016. Elles ne sont pas actualisées, car elles sont payables au cours de l'exercice suivant.
La variation annuelle est ventilée dans les centres et sous-centres d'activités concernés.

iii. Provision pour congés de maladie

Le personnel à temps régulier bénéficie annuellement de 9,6 jours de congés de maladie. Les journées non utilisées sont payables 1 fois par année, soit en décembre. La provision inclut donc les journées non utilisées depuis le paiement jusqu'au 31 mars.

Les obligations découlant des congés de maladie années courantes sont évaluées sur la base du mode

d'acquisition de ces avantages sociaux, c'est-à-dire en fonction de l'accumulation telle que décrite précédemment et de l'utilisation des journées de maladie par les employés, selon les taux horaires prévus en 2015-2016. Elles ne sont pas actualisées, car elles sont payables au cours de l'exercice suivant.
La variation annuelle est ventilée dans les centres et sous-centres d'activités concernés.

Les principales hypothèses utilisées sont :

	Exercice courant	Exercice précédent
Pour les provisions relatives aux congés de maladie-années courantes et de vacances :		
Taux moyen de croissance de la rémunération	0 %	2 %
Inflation	1 %	
Accumulation des congés de vacances et maladie pour les salariés	9,43 %	9,43 %
Accumulation des congés de vacances pour les cadres et hors-cadre	8,65 %	8,65 %

Régime de retraite

Les membres du personnel de l'établissement participent au Régime de retraite des employés du gouvernement et des organismes publics (RREGOP), au Régime de retraite des fonctionnaires (RRF) ou au Régime de retraite du personnel d'encadrement (RRPE). Ces régimes interentreprises sont à prestations déterminées et comportent des garanties à la retraite et au décès. La comptabilité des régimes à cotisations déterminées est appliquée aux régimes interentreprises à prestations déterminées gouvernementaux, compte tenu du fait que l'établissement ne dispose pas d'informations suffisantes pour appliquer la comptabilité des régimes à prestations déterminées. Les cotisations de l'exercice de l'établissement envers ces régimes gouvernementaux sont prises en charge par le MSSS et ne sont pas présentées au rapport financier annuel.

Immobilisations

Les immobilisations et les actifs non financiers, de par leur nature, sont employés normalement pour fournir des services futurs. Les immobilisations acquises sont comptabilisées au coût.

Le coût comprend les frais financiers capitalisés pendant la période de construction, d'amélioration ou de développement.

Les immobilisations acquises par donation ou pour une valeur symbolique sont comptabilisées à leur juste valeur au moment de leur acquisition avec contrepartie aux revenus reportés, à l'exception des terrains où la contrepartie est constatée aux revenus dans l'année d'acquisition. Les contributions pour l'acquisition d'immobilisations sont comptabilisées aux revenus reportés, à l'exception de celles destinées à l'achat de terrains qui sont constatées aux revenus dans l'année d'acquisition. Les revenus reportés sont amortis aux revenus au même rythme que l'amortissement du coût des immobilisations correspondantes.

Elles sont amorties linéairement en fonction de leur durée de vie utile, à l'exception des terrains qui ne sont pas amortis :

Catégorie	Durée
Aménagements des terrains	10 à 20 ans
Bâtiments	20 à 50 ans
Améliorations locatives	Durée restante du bail (max. 10 ans)
Matériel et équipement	3 à 15 ans
Équipement spécialisé	10 à 25 ans
Matériel roulant	5 ans
Développement informatique	5 ans
Réseau de télécommunication	10 ans
Location-acquisition	Durée du bail ou de l'entente

Les immobilisations en cours de construction, en développement ou en mise en valeur ne sont pas amorties avant leur mise en service.

Frais payés d'avance

Les frais payés d'avance représentent des débours effectués avant la fin de l'année financière pour des services à recevoir au cours des prochains exercices financiers.

Ils sont imputés aux charges de l'exercice au cours duquel l'établissement consomme effectivement le service.

Stocks

Les stocks sont évalués au moindre du coût et de la valeur de réalisation nette. Le coût est déterminé selon la méthode du coût moyen, excepté les stocks du bloc opératoire et du laboratoire, dont le coût est déterminé selon la méthode de l'épuisement successif.

Ils sont comptabilisés dans les charges de l'exercice au cours duquel ils sont consommés.

Instruments financiers

Le chapitre SP 3450, « Instruments financiers », du *Manuel de comptabilité de CPA Canada pour le secteur public* implique l'évaluation à leur juste valeur des instruments financiers dérivés et des placements de portefeuille composés d'instruments de capitaux propres cotés sur un marché actif. La variation annuelle des justes valeurs de ces instruments financiers engendre des gains et pertes non réalisés qui doivent être présentés dans un nouvel état financier appelé État des gains et pertes de réévaluation, jusqu'à leur décomptabilisation par extinction ou par revente. Les autres instruments financiers sont évalués au coût ou au coût après amortissement, sauf si l'établissement choisit de les désigner dans la catégorie des instruments financiers évalués à la juste valeur

En vertu de l'article 477, le ministère de la Santé et des Services sociaux met à jour un Manuel de gestion financière, lequel présente les principes directeurs applicables par les entités du réseau relativement à la comptabilisation et la présentation de leurs données dans le rapport financier annuel. Conformément à ces directives, les instruments financiers dérivés et des placements de portefeuille composés d'instruments de capitaux propres cotés sur un marché actif sont évalués au coût ou au coût après amortissement au lieu de leur juste valeur, comme le veut la norme comptable. De plus, les frais d'émission liés aux emprunts sont comptabilisés à titre de frais reportés et sont amortis sur la durée de chaque emprunt selon la méthode linéaire, au lieu d'être amortis selon la méthode du taux effectif et inclus dans le montant dû de la dette à laquelle ils se rapportent.

En vertu de l'article 295 de la Loi sur les services de santé et les services sociaux (chapitre S-4.2), le MSSS détermine le format du rapport financier annuel applicable aux établissements. Pour l'exercice terminé le 31 mars 2015, le MSSS a convenu de ne pas inclure l'état financier requis puisqu'il estime peu ou non probable qu'une entité du réseau de la santé et des services sociaux détienne des instruments financiers devant être évalués à la juste valeur, étant donné les limitations imposées par la LSSSS en ce sens. De plus, les données financières des établissements sont consolidées dans les états financiers du gouvernement du Québec, lequel n'appliquera la nouvelle norme sur les instruments financiers qu'à partir de l'exercice financier ouvert le 1er avril 2016.

Par conséquent, l'encaisse, les placements temporaires, les débiteurs - Agences et MSSS, les autres débiteurs, les placements de portefeuilles sont classés dans la catégorie d'actifs financiers évalués au coût ou au coût après amortissement.

Les emprunts temporaires, les créditeurs - Agences et MSSS, les autres créditeurs et autres charges à payer excluant les charges sociales et taxes à payer, les avances de fonds en provenance de l'agence-enveloppes décentralisées, les intérêts courus à payer, les dettes à long terme sont classés dans la catégorie des passifs financiers évalués au coût ou au coût après amortissement.

i. Trésorerie et équivalents de trésorerie

La trésorerie et les équivalents de trésorerie comprennent l'encaisse, le découvert bancaire le cas échéant, et les placements temporaires.

Comptabilité par fonds

Aux fins de présentation du rapport financier annuel, les établissements utilisent un fonds d'exploitation et un fonds d'immobilisations. Les opérations et les soldes sont présentés dans leurs états financiers respectifs. La comptabilité des établissements est tenue de façon à identifier les comptes rattachés à chaque fonds, en respectant les principes et particularités suivants :

- Le fonds d'exploitation : fonds regroupant les opérations courantes de fonctionnement (activités principales et accessoires);
- Le fonds d'immobilisations : fonds regroupant les opérations relatives aux immobilisations, aux passifs environnementaux, aux dettes à long terme, aux subventions et à tout autre mode de financement se rattachant aux immobilisations.

Prêts interfonds

Les prêts interfonds entre le fonds d'exploitation et le fonds d'immobilisations ne comportent aucune charge d'intérêts. Aucuns frais de gestion ne peuvent être chargés par le fonds d'exploitation au fonds d'immobilisations.
Les intérêts gagnés sur l'encaisse et les placements, réalisés à partir d'un solde prêté, appartiennent au fonds prêteur.

Classification des activités

La classification des activités d'un établissement tient compte des services qu'il peut fournir dans la limite de ses objets et pouvoirs et de ses sources de financement. Les activités sont classées en deux groupes :

- Activités principales : les activités principales comprennent les opérations qui découlent de la prestation

des services qu'un établissement est appelé à fournir et qui sont essentielles à la réalisation de sa mission dans le cadre de son budget de fonctionnement approuvé par l'agence;

- Activités accessoires : les activités accessoires comprennent les services qu'un établissement rend, dans la limite de ses objets et pouvoirs, en sus de la prestation de services qu'il est appelé à fournir.

Centres d'activités

En complément de la présentation de l'état des résultats par nature des charges, et à moins de dispositions spécifiques, la plupart des charges engagées par les établissements dans le cadre de leurs activités principales et accessoires sont réparties par objet dans des centres d'activités. Chacun de ces centres est une entité regroupant des charges relatives à des activités ayant des caractéristiques et des objectifs similaires eu égard aux services rendus par l'établissement. Certains centres d'activités sont subdivisés en sous-centres.

Subdivisions des activités accessoires

Les activités accessoires se subdivisent en activités complémentaires et en activités de type commercial :

- Les activités accessoires complémentaires sont celles qui n'ont pas trait à la prestation de services reliés à la mission de l'établissement. Elles peuvent toutefois constituer un apport au réseau de la santé et des services sociaux. Les fonds nécessaires à l'autofinancement de ces opérations proviennent de l'agence, d'autres ministères, de régies gouvernementales, d'organismes publics, etc.;
- Les activités accessoires de type commercial regroupent toutes les activités de type commercial. Elles ne sont pas reliées directement à la prestation de services aux usagers.

Unités de mesure

Une unité de mesure est une donnée quantitative et non financière, compilée de façon spécifique pour un centre ou un sous-centre d'activités donné dans le but de fournir une indication de son niveau d'activités.

Un centre d'activités ou un sous-centre d'activités peut être appelé à mesurer ses données selon une ou deux unités de mesure, l'unité A et l'unité B. La définition des unités de mesure et le mode de compilation sont précisés dans chaque centre et sous-centre d'activités. Leur compilation permet à l'établissement d'établir un coût unitaire de production de produits ou de services relié aux coûts directs bruts ajustés lorsque l'on se réfère à l'unité A, alors que l'unité B permet de déterminer un coût unitaire de consommation, relié aux coûts directs nets ajustés.

Avoir propre

L'avoir propre correspond aux surplus (déficits) cumulés du fonds d'exploitation et est constitué des montants grevés et non grevés d'affectations. Il comprend les résultats des activités principales et accessoires.

L'avoir propre d'un établissement public ne peut être utilisé qu'aux fins de la réalisation de la mission d'un centre qu'il exploite selon l'article 269.1 de la Loi sur les services de santé et les services sociaux (chapitre S-4.2). Toutefois, son utilisation peut être subordonnée à une approbation de l'agence.

L'utilisation de l'avoir propre à l'égard des montants non affectés ou de ceux grevés d'affectations ne doit pas, distinctement, avoir pour effet de rendre le solde de ces derniers déficitaires.

Note 3. - Présentation des données budgétaires

Les données budgétaires présentées à l'état des résultats ainsi qu'à l'état de la variation des actifs financiers nets (de la dette nette) sont préparées selon les mêmes méthodes comptables que les données réelles et pour le même ensemble d'activités et d'opérations relativement aux fonds d'exploitation.

Elles représentent les données budgétaires adoptées initialement par le conseil d'administration le 17 juillet 2014.

Les éléments suivants ont eu pour effet de modifier de façon importante au cours de l'exercice le budget adopté initialement :

Subventions Agence et MSSS

FDI: non prévu au budget	2 778 978,00 $
Financement supplémentaire	333 839,00$
Nouvelles dépenses financées	234 788,00 $
Produits sanguis: non prévu au budget	778 874,00 $
Autres	258 200,00 $
	4 384 679,00 $

Amortissement des immobilisations
Le budget ne tient pas compte du fonds d'immobilisations

Note 4. - Dettes à long terme

	Exercice courant	Exercice précédent
Billet à terme contracté auprès du Fonds de financement en 2014, d'une valeur nominale de 4 297 113 $, au taux effectif de 2.12%, garanti par le gouvernement, remboursable par un versement annuel en capital de 368 605 $, échéant en 2019.	3 928 509	4 297 113
Billets à terme contractés auprès de Financement-Québec pour un montant total de 22 217 728 $, à un taux variant de 1.79% à 6.2 %, garantie par le gouvernement, remboursables par versements annuels en capital variant de 31 116$ à 657 297$, échéant entre 2016 et 2019.	19 165 388	21 972 095
Emprunt au taux des acceptations bancaires à un mois majoré de 0.30%, remboursable par versements mensuels de 5417$, remboursé au cours de l'exercice		170 463
Emprunt garantie par hypothèque remboursable par versements mensuels, remboursé au cours de l'exercice		368 374

	Exercice courant	Exercice précédent
Total	23 093 897	26 808 044

En présumant que les refinancements seront réalisés à l'échéance aux mêmes conditions que celles qui prévalaient au 31 mars 2015, l'échéancier des versements en capital à effectuer au cours des prochains exercices sur la dette à long terme se détaille comme suit :

	$
2015-2016	7 681 566
2016-2017	2 841 739
2017-2018	1 825 591
2018-2019	10 745 001
2019-2020	
2020-2021 et subséquents	
Total	23 093 897

Note 5. - Opérations entre apparentés (nature, montant, méthode)

Lors du décès d'un parent d'employé, l'établissement verse 25$ de dons à la Fondation de l'Hôpital de Matane inc. Relativement à ce programme, pour l'exercice 2014-2015, l'établissement a versé une somme totalisant 475$.

De plus, l'établissement a une somme de 165$ à payer à la Fondation au 31 mars 2015 relativement à des retenues à la source sur la paie d'employés.

L'établissement a aussi participé à des activités de financement de la Fondation. Les coûts d'inscription ont été de 750$.

La Fondation a financé plusieurs activités du fonds d'exploitation pour un montant de 22 927$, dont une somme de 9 958$ est à recevoir au 31 mars 2015.

La Fondation a participé au financement de l'acquisition d'immobilisations pour une somme de 99 930$. Au 31 mars 2015, une somme de 72 300$ est à recevoir de la part de la Fondation.

Au 1er avril 2007, l'établissement a transféré l'exploitation du stationnement de l'hôpital à la Fondation. En contrepartie, la Fondation verse des revenus de location et de gestion à l'établissement. En 2014-2015, les revenus de location se sont élevés à 137 098$ et les revenus de gestion, à 83 617$. Au 31 mars 2015, le compte à recevoir de la part de la Fondation est de
109 073$ et le compte à payer de 67 703$.

En plus des opérations entre apparentés déjà divulguées dans le rapport financier annuel, l'établissement est apparenté à tous les ministères et organismes budgétaires, les organismes non budgétaires et fonds spéciaux, les entreprises publiques, toutes les entités du réseau de l'éducation contrôlées directement ou indirectement par le

gouvernement du Québec, ou soumis à un contrôle conjoint ou commun. Les parties apparentées sont énumérées au début de la section 600.L'agence n'a conclu aucune opération commerciale avec ces apparentés autrement que dans le cours normal de ses activités et aux conditions commerciales habituelles. Elles sont présentées aux pages 612-00 à 647-00 du AS-471.

Note 6. - Maintien de l'équilibre budgétaire

En vertu des articles 3 et 4 de la Loi sur l'équilibre budgétaire du réseau public de la santé et des services sociaux (chapitre E-12.0001), un établissement doit maintenir l'équilibre entre ses revenus et ses charges en cours d'exercice financier et ne doit pas encourir de déficit en fin d'année financière. Cette exigence légale s'applique tant au fonds d'exploitation qu'au fonds d'immobilisations

Selon les résultats fournis à la page 200 du rapport financier annuel AS-471 pour l'exercice terminé le 31 mars 2014, l'établissement n'a pas respecté cette obligation légale.
Le déficit provient de l'amortissement des transferts budgétaires comptabilisé directement au solde de fonds.

Note 7. - Information complémentaires aux risques financiers

Dans le cadre de ses activités, l'établissement est exposé à divers risques relativement à ses instruments financiers. La direction a mis en place des procédés en matière de contrôle et de gestion des risques, qui l'assurent de gérer les risques inhérents aux instruments financiers et d'en minimiser les impacts potentiels.

L'établissement ne détient pas au 31 mars 2015 et n'a pas détenu au cours de l'exercice d'instruments financiers devant être évalués à la juste valeur et, par conséquent, il n'y a pas de gain ou de perte de réévaluation.

Amortissement des frais reportés liés aux dettes

Selon la pratique actuelle les frais reportés liés aux dettes sont amortis selon la méthode du taux linéaire, alors que la méthode du taux effectif aurait dû être utilisée selon les normes comptables canadiennes pour le secteur public.

L'amortissement des frais d'émission des dettes selon la méthode du taux effectif est sans impact important sur les résultats d'opération et la situation financière.

Risque de crédit

L'établissement est exposé au risque de crédit relativement aux actifs financiers comptabilisés à l'état de la situation financière. L'établissement a déterminé que les actifs financiers l'exposant davantage au risque de crédit sont les autres débiteurs, les débiteurs - Agences et MSSS, les autres débiteurs ainsi que la subvention à recevoir (perçue d'avance) – réforme comptable étant donné que le manquement d'une de ces parties à ses obligations pourrait entraîner des pertes financières importantes pour l'établissement. L'exposition maximale à ce risque correspond à la valeur comptable de ces postes présentée à titre d'actifs financiers à l'état de la situation financière.

Le risque de crédit relatif à l'encaisse est considéré comme négligeable puisqu'elle est détenue dans une institution financière reconnue dont la notation externe de crédit est de bonne qualité.

Le risque de crédit associé aux débiteurs – Agences et MSSS ainsi qu'à la subvention à recevoir -réforme comptable est faible puisque ces postes sont constitués de contributions à recevoir confirmées par le gouvernement du Québec et l'agence qui jouissent d'une excellente réputation sur les marchés financiers. Ces sommes sont principalement reçues dans les 365 jours suivant la fin d'exercice.

Le risque de crédit relié aux autres débiteurs est faible car il comprend des sommes à recevoir de d'autres établissements du réseau de la santé et des services sociaux, de diverses compagnies d'assurances, de la RAMQ et de la CSST, du gouvernement du Canada, de la Fondation de l'Hôpital de Matane inc.

Afin de réduire ce risque, l'établissement s'assure d'avoir l'information complète sur les différents autres débiteurs afin de les facturer en temps opportun. Il fait parvenir des états de compte aux retardataires et achemine les comptes en souffrance à une agence de collection. Il analyse régulièrement le solde des comptes à recevoir et constitue une provision pour créances douteuses adéquate, lorsque nécessaire, en basant leur valeur de réalisation estimative, compte tenu des pertes de crédit potentielles, sur l'expérience, l'historique de paiement, la situation financière du débiteur et l'âge de la créance. Au 31 mars 2015, les sommes à recevoir d'entités gouvernementales représentaient 77,99% (81,25% au 31 mars 2014) du montant total recouvrable.

Risque de liquidité

Le risque de liquidité de l'établissement est le risque qu'il éprouve des difficultés à honorer des engagements liés à ses passifs financiers. L'établissement est donc exposé au risque de liquidité relativement à l'ensemble des passifs financiers comptabilisés à l'état de la situation financière.

L'établissement gère ce risque en établissant des prévisions budgétaires et de trésorerie, notamment en surveillant le solde de son encaisse et les flux de trésorerie découlant de son fonctionnement, en tenant compte de ses besoins opérationnels et en recourant à des facilités de crédit pour être en mesure de respecter ses engagements.

L'établissement est donc exposé au risque de liquidité relativement aux passifs financiers comptabilisés à l'état de la situation financière, principalement les emprunts temporaires, les créditeurs agences et MSSS, les autres créditeurs et autres charges à payer et les dettes à long terme.

Les emprunts temporaires sont des marges de crédit sans échéance prédéterminée. Le risque de liquidité associé aux emprunt temporaires et aux dettes à long terme est minime considérant qu'ils sont assumées par le MSSS et l'agence. Les autres créditeurs et autres charges à payer ont des échéances principalement dans les 30 jours suivant la fin d'exercice.

Les flux de trésorerie contractuels relativement aux autres créditeurs sont les suivants :

	Exercice courant	Exercice précédent
De moins de 6 mois	5 662 653$	4 219 335$
De 6 mois à 1 an :		
De 1 à 3 ans :		
De 3 à 5 ans :		

	Exercice courant	Exercice précédent
De plus de 5 ans :		
Total des autres créditeurs	5 662 653$	4 219 335$

Risque de taux d'intérêt

Le risque de taux d'intérêt est le risque que la juste valeur des instruments financiers ou que les flux de trésorerie futurs associés à ces instruments financiers fluctuent en raison des variations des taux d'intérêt du marché.

L'établissement est exposé au risque de taux d'intérêt par ses emprunts temporaires, ses dettes à long terme et ses avances de fonds en provenance de l'agence – enveloppes décentralisées. Selon l'état de la situation financière, le solde de ces postes représente :

	Exercice courant	Exercice précédent
Emprunts temporaires	2 689 899$	977 551$
Avances de fonds en provenance de l'agence-enveloppes décentralisées	836 671$	537 137$
Dettes à long terme	23 093 897$	26 808 045$

Les emprunts bancaires portent intérêt au taux préférentiel - 0,30%. Puisque les intérêts sur les emprunts temporaires sont pris en charge par le MSSS, ils ne sont pas exposés au risque de taux d'intérêt.

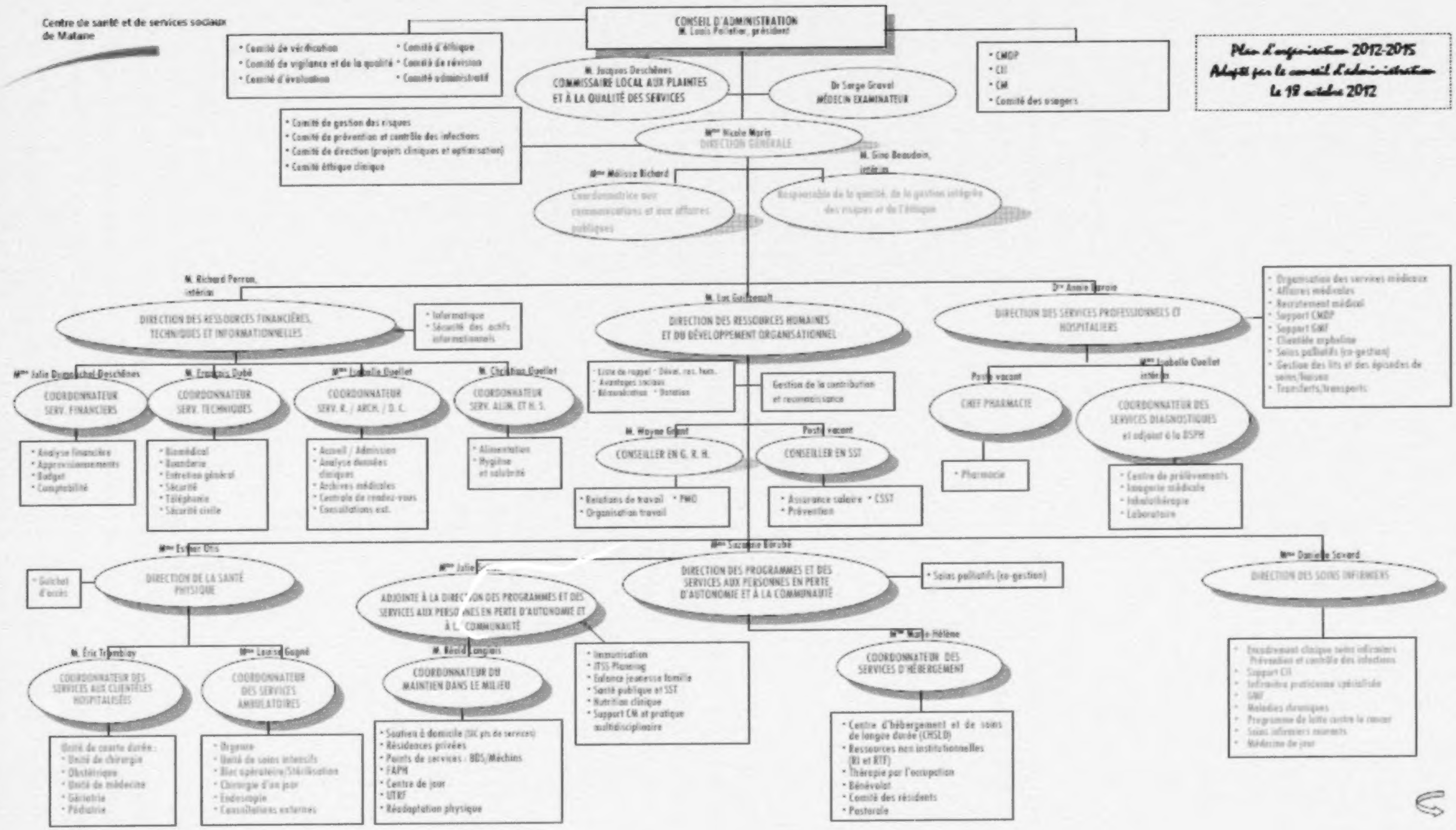
Du montant des avances de fonds en provenance de l'Agence - Enveloppes décentralisées et de la dette à long terme totalisant 23 930 568 $, un montant de23 930 568 $, représente des emprunts portant intérêt à des taux fixes. De ce montant, un montant de 23 930 568$ représente des emprunts pour lesquels les intérêts sont assumés par le MSSS ou l'Agence. Par conséquent, ces emprunts ne sont pas exposés au risque de taux d'intérêt.

L'établissement limite son risque de taux d'intérêt par une gestion des excédents d'encaisse et des placements temporaires en fonction des besoins de trésorerie et de façon à optimiser les revenus d'intérêts. Il prévoit le remboursement des dettes à long terme selon l'échéancier prévu.

ÉTAT DES RÉSULTATS

		Budget	Activités principales	Activités accessoires	Total (C2+C3)	Exercice précédent
		1	2	3	4	5
REVENUS						
Subventions Agence et MSSS (P362)	1	43 074 849	44 524 986	155 584	44 680 550	45 296 386
Subventions Gouvernement du Canada (C2:P290/C3:P291)	2					
Contributions des usagers (P301)	3	2 548 698	2 449 798	XXXX	2 449 798	2 560 621
Ventes de services et recouvrements (P320)	4	225 851	316 971	XXXX	316 971	273 024
Donations (C2:P290/C3:P291)	5					2 646
Revenus de placement (P302)	6		41 723		41 723	27 183
Revenus de type commercial (P351)	7	40 000	XXXX	45 456	45 456	43 653
Gain sur disposition (P302)	8					
	9	XXXX	XXXX	XXXX	XXXX	XXXX
	10	XXXX	XXXX	XXXX	XXXX	XXXX
Autres revenus (P302)	11	361 095	137 501	228 869	366 370	467 637
TOTAL (L.01 à L.11)	12	46 250 493	47 470 959	429 909	47 900 868	48 671 150
CHARGES						
Salaires, avantages sociaux et charges sociales (C2:P320/C3:P351)	13	32 698 835	33 238 809	138 813	33 377 622	33 067 141
Médicaments (P750)	14	1 726 588	2 274 049	XXXX	2 274 049	1 597 855
Produits sanguins	15		778 874	XXXX	778 874	611 432
Fournitures médicales et chirurgicales (P755)	16	1 329 508	1 368 739	XXXX	1 368 739	1 287 469
Denrées alimentaires	17	566 107	587 434	XXXX	587 434	558 933
Rétributions versées aux ressources non institutionnelles (P650)	18	2 160 213	1 912 976	XXXX	1 912 976	2 111 583
Frais financiers (P325)	19			XXXX		
Entretien et réparations (C2:P650 c/a 7900)	20	631 375	668 262	22 729	690 991	703 932
Créances douteuses (C2:P301)	21	7 500	3 065		3 065	9 889
Loyers	22	38 900	36 576	4 874	41 450	41 759
	23	XXXX	XXXX	XXXX	XXXX	XXXX
Autres charges (P325)	24	7 184 373	6 742 770	104 291	6 847 061	7 122 884
TOTAL (L.13 à L.24)	25	46 343 399	47 611 554	270 707	47 882 261	47 212 877
SURPLUS (DÉFICIT) DE L'EXERCICE (L.12 - L.25)	26	(92 906)	(140 595)	159 202	18 607	1 458 273

ANNEXE 2



Centre de santé et de services sociaux de Matane
CONSEIL D'ADMINISTRATION
M. Louis Pelletier, président
• Comité de vérification
• Comité de vigilance et de la qualité
• Comité d'évaluation
• Comité d'éthique
• Comité de révision
• Comité administratif
• CMDP
• CII
• CM
• Comité des usagers
Plan d'organisation 2012-2015
Adopté par le conseil d'administration
le 18 octobre 2012
M. Jacques Deschênes
COMMISSAIRE LOCAL AUX PLAINTES ET À LA QUALITÉ DES SERVICES
Dr Serge Gravel
MÉDECIN EXAMINATEUR
• Comité de gestion des risques
• Comité de prévention et contrôle des infections
• Comité de direction (projets cliniques et optimisation)
• Comité éthique clinique
Mme Nicole Morin
DIRECTION GÉNÉRALE
Mme Mélissa Richard
Coordonnatrice aux communications et aux affaires publiques
M. Gino Beaudoin, intérim
Responsable de la qualité, de la gestion intégrée des risques et de l'éthique
M. Richard Perron, intérim
DIRECTION DES RESSOURCES FINANCIÈRES, TECHNIQUES ET INFORMATIONNELLES
• Informatique
• Sécurité des actifs informationnels
Mme Julie Duguay-Deschênes
COORDONNATEUR SERV. FINANCIERS
• Analyse financière
• Approvisionnements
• Budget
• Comptabilité
M. François Dubé
COORDONNATEUR SERV. TECHNIQUES
• Biomédical
• Buanderie
• Entretien général
• Sécurité
• Téléphonie
• Sécurité civile
Mme Isabelle Ouellet
COORDONNATEUR SERV. R. / ARCH. / D. C.
• Accueil / Admission
• Analyse données cliniques
• Archives médicales
• Centrale de rendez-vous
• Consultations ext.
M. Christian Ouellet
COORDONNATEUR SERV. ALIM. ET H. S.
• Alimentation
• Hygiène et salubrité
M. Luc Guilbeault
DIRECTION DES RESSOURCES HUMAINES ET DU DÉVELOPPEMENT ORGANISATIONNEL
• Liste de rappel • Dével. ress. hum.
• Avantages sociaux
• Rémunération • Dotation
Gestion de la contribution et reconnaissance
M. Wayne Grant
CONSEILLER EN G. R. H.
• Relations de travail • PMO
• Organisation travail
Poste vacant
CONSEILLER EN SST
• Assurance salaire • CSST
• Prévention
Dre Annie Boivin
DIRECTION DES SERVICES PROFESSIONNELS ET HOSPITALIERS
• Organisation des services médicaux
• Affaires médicales
• Recrutement médical
• Support CMDP
• Support GMF
• Clientèle orpheline
• Soins palliatifs (co-gestion)
• Gestion des lits et des épisodes de soins/liaison
• Transferts/transports
Poste vacant
CHEF PHARMACIE
• Pharmacie
Mme Isabelle Ouellet intérim
COORDONNATEUR DES SERVICES DIAGNOSTIQUES et adjoint à la DSPH
• Centre de prélèvements
• Imagerie médicale
• Inhalothérapie
• Laboratoire
Mme Esther Otis
DIRECTION DE LA SANTÉ PHYSIQUE
• Guichet d'accès
M. Éric Tremblay
COORDONNATEUR DES SERVICES AUX CLIENTÈLES HOSPITALISÉES
Unité de courte durée :
• Unité de chirurgie
• Obstétrique
• Unité de médecine
• Gériatrie
• Pédiatrie
Mme Louise Gagné
COORDONNATEUR DES SERVICES AMBULATOIRES
• Urgence
• Unité de soins intensifs
• Bloc opératoire/Stérilisation
• Chirurgie d'un jour
• Endoscopie
• Consultations externes
Mme Julie
ADJOINTE À LA DIRECTION DES PROGRAMMES ET DES SERVICES AUX PERSONNES EN PERTE D'AUTONOMIE ET À LA COMMUNAUTÉ
M. Réald Langlois
COORDONNATEUR DU MAINTIEN DANS LE MILIEU
• Soutien à domicile (SIC pts de services)
• Résidences privées
• Points de services : BDS/Méchins
• FAPH
• Centre de jour
• UTRF
• Réadaptation physique
• Immunisation
• ITSS Planning
• Enfance jeunesse famille
• Santé publique et SST
• Nutrition clinique
• Support CM et pratique multidisciplinaire
Mme Suzanne Bérubé
DIRECTION DES PROGRAMMES ET DES SERVICES AUX PERSONNES EN PERTE D'AUTONOMIE ET À LA COMMUNAUTÉ
• Soins palliatifs (co-gestion)
Mme Marie-Hélène
COORDONNATEUR DES SERVICES D'HÉBERGEMENT
• Centre d'hébergement et de soins de longue durée (CHSLD)
• Ressources non institutionnelles (RI et RTF)
• Thérapie par l'occupation
• Bénévolat
• Comité des résidents
• Pastorale
Mme Danielle Savard
DIRECTION DES SOINS INFIRMIERS
• Encadrement clinique soins infirmiers Prévention et contrôle des infections
• Support CII
• Infirmière praticienne spécialisée
• GMF
• Maladies chroniques
• Programme de lutte contre le cancer
• Soins infirmiers courants
• Médecine de jour

ANNEXE 3

Planification stratégique 2011-2015

Enjeu n° 1 : Organisation, accessibilité et continuité des soins et services

Orientations	Objectifs	Indicateurs	Cibles	Responsable
1.1 Améliorer l'accessibilité et la fluidité des services de première ligne	✓ Développer un guichet d'accès	- Cadre de référence	Identifier les acteurs	DSPH.
Résultat au 31 mars 2015 : Le guichet d'accès est en fonction depuis octobre 2014 pour le volet santé physique et psychosocial. Les demandes de services proviennent tant à l'interne du CSSS qu'à l'externe (cliniques médicales, etc.). L'usager peut également se présenter au guichet d'accès afin d'être évalué et guidé au besoin au bon endroit, au bon intervenant dans les meilleurs délais.				
1.2 Implanter le projet des services intégrés de première ligne pour les personnes atteintes de maladies chroniques et leurs proches	✓ Arrimer le programme-cadre à la communauté	- Programme-cadre	Déploiement interne et externe	Danielle S.
	✓ Consolider les différentes équipes interdisciplinaires	- Un représentant du CSSS en maladies chroniques à la Table Cosmoss	Représentativité à la Table Cosmoss	Danielle S.
	✓ Se doter d'un programme-cadre pour l'ensemble des programmes-clientèles			
Résultat au 31 mars 2015 : • Projet de services intégrés de première ligne pour les personnes atteintes de maladies chroniques implanté, mais poursuite d'activités de consolidation afin d'optimiser le continuum de soins pour cette clientèle. • On maintient la présence de l'inhalothérapeute en GMF 1 fois par mois pour la prise en charge de la clientèle atteinte d'asthme et MPOC. Les résultats sont positifs et appréciés tant pour la clientèle que pour l'équipe médicale tels que référence au programme, plan d'action, diagnostic confirmé, etc. • Participation d'un intervenant en maladies chroniques à la table locale de santé publique.				

ENJEU N° 1 : ORGANISATION, ACCESSIBILITÉ ET CONTINUITÉ DES SOINS ET SERVICES

Orientations	Objectifs	Indicateurs	Cibles	Responsable
1.3 Développer une approche intégrée des services en périnatalité	✓ Implanter AMPRO ✓ Établir un mode de fonctionnement à l'intérieur du CSSS	- Personnel infirmier et médical ayant reçu la formation - Le nombre de rencontres	- Le nombre de personnes formées - Le nombre de rencontres - Calendrier de rencontres	DSPH
Résultat au 31 mars 2015 : Le module 3 « Modifier la culture » est complété. Les infirmières et les médecins sont engagés et motivés dans la réalisation de cette approche multidisciplinaire de prévention des risques obstétricaux. Il y aura une continuité des réunions malgré l'arrêt temporaire du programme AMPRO et les réunions en périnatalité. Les infirmières et les médecins poursuivent les rencontres et les activités reliées à l'approche multidisciplinaire de la prévention des risques obstétricaux. Cela se traduit par l'analyse et l'amélioration continue des processus de soins.				
1.4 Intégrer les services en santé mentale	✓ Améliorer l'intégration des pratiques cliniques en harmonisant les pratiques professionnelles	- Procédures - Outils standardisés	Déploiement de PII	DSPC
Résultat au 31 mars 2015 : Volet SIV, nous venons de recevoir le 12 mai 2015, l'homologation par le Centre national en santé mentale. Ceci est le résultat concret que nous répondons aux bonnes pratiques et développons une approche intégrée en santé mentale. Volet équipe de base : Nous avons intégré, durant la dernière année, l'infirmière en santé mentale; valeur ajoutée dans l'équipe de première ligne. Nous avons élaboré une amorce d'interdisciplinarité avec l'équipe d'urgence pour réduire les portes tournantes en favorisant l'utilisation de PII.				

ENJEU N° 1 : ORGANISATION, ACCESSIBILITÉ ET CONTINUITÉ DES SOINS ET SERVICES				
Orientations	**Objectifs**	**Indicateurs**	**Cibles**	**Responsable**
1.5 Améliorer l'intégration et la coordination des services offerts aux personnes en perte d'autonomie	✓ Développer l'approche gériatrique en soins de courte durée et à l'urgence (projet OPTIMAH) ✓ Consolider le continuum de services/Processus séquentiel	- Indicateurs OPTIMAH : ✓ Proportion des patients 75 ans + pour qui le plan de travail des préposés aux bénéficiaires comprend au moins une directive en lien avec les interventions AINÉES ✓ Proportion des patients 75 ans et + et capables de marcher avec aide au corridor qui ont fait au moins une séance de marche (min. 5 min) au corridor dans la journée (jour-soir) en plus de la séance de physiothérapie;	Diminution de 5 %	DSPH.

Résultat au 31 mars 2015 :

Un comité tactique interdisciplinaire est formé afin d'apporter des pistes d'amélioration dans les différents secteurs.

Un programme de marche est implanté dans les secteurs de soins suite à la formation des préposés aux bénéficiaires, des infirmières auxiliaires et des infirmières.

Les outils tels que : grille du niveau de fragilité, signes vitaux AÎNÉS sont implantés et la formation du personnel a été réalisée.

Cela permet d'identifier les personnes âgées vulnérables et d'amorcer le plus tôt possible des interventions individualisées pour maintenir ou améliorer leur autonomie et éviter un déclin fonctionnel relié à l'hospitalisation.

Des coachs cliniques sont nommés dans chaque secteur.

ENJEU N° 1 : ORGANISATION, ACCESSIBILITÉ ET CONTINUITÉ DES SOINS ET SERVICES				
Orientations	**Objectifs**	**Indicateurs**	**Cibles**	**Responsable**
1.6 Consolider l'organisation des services en soins palliatifs de fin de vie	✓ Développer un cadre de référence	- Diffusion du cadre de référence	Equipe interdisciplinaire dédiée	?
Résultat au 31 mars 2015 : Le document de référence et les outils de travail pour le programme de soins palliatifs sont finalisés et les instances ont été rencontrées ainsi que le conseil d'administration. Le comité expert a été ciblé et le programme sera en vigueur à l'automne 2015.				

ENJEU N° 2 : QUALITÉ ET SÉCURITÉ				
Orientations	**Objectifs**	**Indicateurs**	**Cibles**	**Responsable**
2.1 Implanter un plan d'amélioration continue de la qualité des soins et services et de la gestion des risques	✓ Actualiser la gestion intégrée des risques de façon à cerner, à signaler et à évaluer les risques et à améliorer la sécurité des clientèles et du personnel	- Nombre de formulaires colligés; - Nombre de mécanismes mis en place	100 % des formulaires saisis dans les 90 jours suivant la déclaration	Gestionnaire des risques et collaboration des gestionnaires
	✓ Sensibiliser l'ensemble du personnel à l'importance de signaler toute situation pouvant présenter un risque potentiel et réel d'accident/incident	- Nombre de personnes rejointes par la formation;	100 % gestionnaires et 85 % employés	Gestionnaire des risques
	✓ Analyser et communiquer les résultats des activités d'amélioration de la qualité à toutes les personnes concernées dans l'établissement	- Tableau de bord;	Rapport trimestriel et production d'un bilan annuel	Gestionnaire des risques en collaboration avec le comité de la gestion des risques
	✓ Développer un programme d'amélioration continu de la qualité et de la sécurité des soins et des services	- Programme disponible	2014	

ENJEU N° 2 : QUALITÉ ET SÉCURITÉ

Orientations	Objectifs	Indicateurs	Cibles	Responsable
	✓ Déployer dans l'établissement des outils cliniques reconnus d'évaluation et de suivi pour les clientèles visées (indicateur : ordonnances collectives, PI et PTI)	- Nombre d'ordonnances collectives et plan d'intervention (PI);	25 ordonnances collectives annuelles en plus du processus de révision PI selon l'entente de gestion	Gestionnaires
	✓ Maintenir la surveillance des taux d'infections nosocomiales faisant l'objet d'une surveillance provinciale en deçà des seuils établis ainsi que pour la surveillance régionale et locale	- Taux d'incidence des infections nosocomiales inférieur ou égal au taux établi	Entre 85 % et 100 % pour chaque type de surveillance	Marie-Ève Martin Saint-Pierre en collaboration avec le gestionnaire des risques Gestionnaire de l'agrément
	✓ Constituer les équipes d'agrément en équipe de qualité permanente et leur conférer un rôle central de soutien aux programmes et amélioration continue de la qualité	- Nombre d'équipe d'agrément; - Plan de formation annuelle;	15 100 % du budget alloué à la formation	Luc G. en collaboration avec les gestionnaires

ENJEU N° 2 : QUALITÉ ET SÉCURITÉ				
Orientations	**Objectifs**	**Indicateurs**	**Cibles**	**Responsable**
	✓ Assurer la formation continue selon les priorités organisationnelles et maintenir le développement des compétences malgré les contraintes budgétaires ✓ Maintenir et développer des programmes de soutien clinique afin d'assurer le transfert des compétences (préceptorat, externat, mentorat, etc.) ou toute autre forme de soutien clinique	- Nombre de catégories d'emploi concerné	Augmentation pour les catégories et plus spécifiquement pour type de personnel à précarité d'emploi	Luc G, Annie L. et Danielle S., en collaboration avec les gestionnaires
Résultat au 31 mars 2015 : • Maintien des taux d'infections nosocomiales faisant l'objet d'une surveillance provinciale inférieure aux seuils établis (diarrhées associées au Clostridium difficile (DACD) et bactériémies à staphylococcus aureus résistant à la méthicilline). • Taux d'infections nosocomiales faisant l'objet de surveillance locale sous contrôle (staphylococcus aureus résistant à la méthicilline (SARM), entérocoque résitant à la vancomycine (ERV), bactériémies. Toutefois, neuf éclosions (5 influenza, 2 gastro-entérite, 1 VRS et 1 SARM) sont survenues et ont été traitées en priorité sur les nombreuses activités de prévention et contrôle des infections. • Élaboration de projet pour maintenir les programmes d'externat, de mentorat et de préceptorat en place. Pour l'été 2015, recrutement de 9 candidates à l'exercice de la profession infirmière (CEPI), 7 externes et 3 infirmières.				
2.2 Rendre disponible un plan de mesures d'urgence	✓ Mise à jour et diffusion du plan de mesures d'urgence	- Plan de mesures d'urgence disponible dans toutes les directions - Nombre de personnes ayant reçu la formation - Nombre d'exercices	2012 100 % du personnel d'ici 2015	Gestionnaire responsable des mesures d'urgence

ENJEU N^{O} 2 : QUALITÉ ET SÉCURITÉ				
Orientations	**Objectifs**	**Indicateurs**	**Cibles**	**Responsable**
	✓ Mettre en place des exercices de pratique dans les trois installations	faits par année	1 exercice/ installation/ année	Gestionnaires responsables des mesures d'urgence en collaboration avec les gestionnaires
Résultat au 31 mars 2015 : Le plan de mesures d'urgence est disponible dans toutes les directions. Plus d'une cinquantaine d'employé(e)s du Centre d'hébergement ont été formé(e)s en vue d'un éventuel exercice d'évacuation horizontal. Un exercice d'évacuation a été réalisé avec succès au CLSC. Deux rencontres du CPMU (comité de planification des mesures d'urgence) ont eu lieu.				
2.3 Assurer la sécurité informationnelle	✓ Élaboration du plan directeur de la sécurité des actifs informationnels	- Adoption du plan directeur par le comité de direction et le C. A.	2012	Richard P.
	✓ Assurer l'accès, la circulation et l'intégration des renseignements cliniques dans un continuum de services (CSSS, GMF, cliniques médicales, coopérative de santé, etc.)	- Mise à niveau annuelle des applicatifs déploiements DSQ	2015	Richard P.
	✓ Se doter de moyens de contrôle pour assurer la surveillance des règles de confidentialité	Mécanisme de surveillance et contrôle statutaire des accès aux banques de données (journalisation)	2012	Pilote local dans les applicatifs

ENJEU N° 2 : QUALITÉ ET SÉCURITÉ				
Orientations	**Objectifs**	**Indicateurs**	**Cibles**	**Responsable**
	✓ Optimiser l'utilisation des ressources informationnelles (ex. : gestion des projets) afin de s'assurer de l'utilisation optimale des ressources et la mise en place de meilleures pratiques	Mise à niveau annuelle des utilisateurs du système	Augmentation	Richard P.

Résultat au 31 mars 2015 :

Élaboration du plan directeur de la sécurité des actifs informationnels : La cible a été changée pour l'année 2015 et les responsables seront Richard Perron et Jocelyn Deschênes :

- Le projet du dossier santé Québec a débuté en avril 2014. Plusieurs étapes ont été franchies pour atteindre l'implantation du domaine médicaments (médicaments prescrits et livrés);
- Se doter de moyens de contrôle pour assurer la surveillance des règles de confidentialité : Les responsables sont les pilotes locaux dans les applicatifs;
- Optimiser l'utilisation des ressources informationnelles (ex . : gestion des projets) afin de s'assurer de l'utilisation optimale des ressources et la mise en place de meilleures pratiques : La cible est un accroissement constant dans les pratiques des professionnels par l'utilisation d'outils performants.

ENJEU N° 3 : RESSOURCES HUMAINES				
Orientations	**Objectifs**	**Indicateurs**	**Cibles**	**Responsable**
3.1 Assurer une gestion prévisionnelle de la main-d'œuvre (GPMO)	✓ Connaître l'état de situation de sa main-d'œuvre (portrait, comportements, absences, départs, congés de longue durée, etc.) ✓ Évaluer les besoins sur trois ans (actions et indicateurs : présentation annuelle des données à l'ensemble des gestionnaires)	– Taux d'absentéisme; – Taux de rétention; – Taux d'assurance-salaire; – Taux de CSST; – Estimation des retraites; – Écart entre les besoins et l'offre de main-d'œuvre.	– Respect des cibles MSSS (taux); – Élaborer une PMO au 31 mars de chaque année.	DRHDO
Résultat au 31 mars 2015 : ➢ Plan prévisionnel de main-d'œuvre 2014-2015 à jour; ➢ Recrutement en lien avec la PMO (pharmacien, physiothérapeute, CEPI, T.S., etc.); ➢ Présentation du plan de main-d'œuvre pour les 3 prochaines années à l'ensemble des gestionnaires; ➢ Mise en place d'un programme de relève des cadres (projet sur la glace vs PL 10).				
3.2 Mettre en place des stratégies et de rétention des ressources humaines	✓ Améliorer le processus de dotation en qualité et quantité ✓ Identifier les problématiques reliées à l'embauche et aux départs (actions et indicateurs : politique de dotation, nombre de visites dans les maisons d'enseignement (promotion), accueil des stagiaires, mettre en place des entrevues de départ pour en connaître les raisons	– Qualité de vie au travail; – Taux d'attraction et de rétention; – Nombre de postes vacants; – Questionnaire sur la satisfaction des stagiaires; – Nombre de visites dans les établissements scolaires; – Nombre d'étudiants embauchés (PAB, externes, CEPI, etc.)	– Prendre le pouls aux trois ans (questionnaires auprès des employés, agrément).	DRHDO

ENJEU N° 3 : RESSOURCES HUMAINES				
Orientations	**Objectifs**	**Indicateurs**	**Cibles**	**Responsable**
Résultat au 31 mars 2015 : ➢ Déploiement de la politique de dotation, vérification des antécédents judiciaires et gestion des stages de formation; ➢ Élaboration d'une stratégie de recrutement; ➢ Présence soutenue au cégep de Matane, UQAR et au CFP de Matane; ➢ Activités de fidélisation des étudiants du cégep; ➢ Révision des processus et des critères de sélection pour l'ensemble des titres d'emploi; ➢ Révision du matériel d'entrevue en continue; ➢ Élaboration d'une politique et d'une demi-journée d'accueil; ➢ Intervention auprès des employés sur l'importance de l'accueil de nos nouvelles ressources en termes de rétention (rencontre d'équipe d'employés, passerelle); ➢ Entrevues de départ; ➢ Utilisation accentuée du site internet de l'établissement; ➢ Programme de remboursement des frais de scolarité (bac inf.); ➢ Maintien des horaires atypiques (horaire de 12 h); ➢ Élimination des heures en main-d'œuvre indépendante en soins infirmiers. ➢ Élaboration d'un programme d'accès à l'égalité en conformité avec les lois et règlements en vigueur; ➢ Présence accrue de l'équipe des ressources humaines en CHSLD et CLSC.				
3.3 Gérer de façon efficiente la présence au travail	✓ Gestion médico-administrative ✓ Prévention ✓ Gestion de l'absentéisme et du présentéisme (action et indicateurs : suivi du taux d'absentéisme, atteinte des cibles du MSSS, remettre sur pied du comité paritaire, PDSB, suivi des événements incidents et accidents)	• Former en sélection de personnel l'ensemble des gestionnaires; • Nombre de gestionnaires formés; • Taux de présence ou d'absentéisme au travail; • Taux d'accident (incidence et gravité); • Investissement en prévention.	- Cible du MSSS en assurance-salaire; - Taux d'unité de CSST; - Trois rencontres/année pour le CPSST	DRHDO

ENJEU N° 3 : RESSOURCES HUMAINES

Orientations	Objectifs	Indicateurs	Cibles	Responsable
Résultat au 31 mars 2015 : ➢ Maintien d'une gestion médico-administrative rigoureuse malgré l'absence de ressources permanentes au service santé; ➢ Taux d'assurance salaire record des 10 dernières années à 5.01 % en lien avec une cible du MSSS de 5.90 %; ➢ Fermeture du dossier d'intervention ciblée avec la CSST; ➢ Réduction des réclamations en CSST, diminution de notre taux; Maintien de notre taux de présence au travail et utilisation accrue de nos talents par le biais de retour progressif et assignation temporaire; ➢ Embauche d'un agent de gestion du personnel, volet prévention en santé et sécurité au travail (départ 09/2014); ➢ Consolidation du comité paritaire en santé et sécurité au travail; ➢ Révision de la stratégie d'action au niveau du PDSB et PDSC; ➢ Intervention ergonomique sur différents postes de travail; ➢ Disponibilité du logiciel ergo-bureau via intranet; ➢ Mise à jour du SIMDUT et mise en fonction d'un logiciel de gestion accessible à tout le personnel; ➢ Membre du « Groupe Entreprise en santé ».				
3.4 Participer et contribuer à l'amélioration des conditions d'exercice	✓ Organisation du travail ✓ Climat de travail ✓ Qualité de vie au travail ✓ Reconnaissance ✓ Support aux cadres : information et formation aux cadres (action et indicateurs : horaire de 12 heures, intégration des infirmières auxiliaires, questionnaire sur la mobilisation du personnel (agrément), taux de participation aux activités, formation et dotation et le taux de rétention)	• Nombre de projets; • Sondage agrément; • Nombre d'activités; • Taux de participation aux activités; • Nombre d'activités de formation et d'information à l'intention des cadres.	- Amélioration continue; - 2 activités par année pour l'ensemble du personnel; - 1 activité par année à l'intention des gestionnaires.	DRHDO
Résultat au 31 mars 2015 : ➢ Participation à divers projets d'organisation du travail (buanderie, hygiène et salubrité, services psychosociaux, guichet d'accès, Centre d'hébergement); ➢ Maintien d'un plan de développement des ressources humaines informatisé (suivi, bilan, etc.); ➢ Maintien des horaires de 12 heures à l'urgence; ➢ Maximisation des horaires des préposés aux bénéficiaires en lien avec leur poste et leur disponibilité; ➢ Négociation des stipulations locales de la convention collective SIIIEQ; ➢ Mise en place d'une politique et d'une procédure encadrant le temps cumulé;				

ENJEU N° 3 : RESSOURCES HUMAINES				
Orientations	**Objectifs**	**Indicateurs**	**Cibles**	**Responsable**
➢ Application de la politique visant à éliminer la violence et le harcèlement au travail; ➢ Contribution significative en termes de mobilisation du personnel et à l'amélioration du climat de travail; ➢ Collaboration à divers projets d'optimisation locaux et régionaux; ➢ Relocalisation des services de remplacement liste de rappel; ➢ Contribution positive à la démarche d'agrément. ➢ Mise à jour du SIMDUT et mise en fonction d'un logiciel de gestion accessible à tout le personnel; ➢ Membre du « Groupe Entreprise en santé ».				

ENJEU N° 4 : RESSOURCES FINANCIÈRES, MATÉRIELLES ET INFORMATIONNELLES				
Orientations	**Objectifs**	**Indicateurs**	**Cibles**	**Responsable**
4.1 Doter l'établissement d'un plan directeur immobilier	✓ Constituer les comités de travail représentatifs des services cliniques et administratifs du CSSS ✓ Procéder à une consultation et à un inventaire des besoins ✓ Établir les priorités ✓ Diffuser les résultats et assurer le suivi	- Rencontres réalisées - Inventaire réalisé - Résultats connus - Créer une liste des priorités	PDII réalisé	DRFTI Tous les gestionnaires
Résultat au 31 mars 2015 : Un PDCI (plan directeur clinique et immobilier) est en développement et permettra de planifier l'évolution de l'organisation et les investissements immobiliers en lien avec les besoins de la population et l'évolution démographique. Un PDCI a été réalisé et déposé à l'automne 2014. La nature des interventions planifiées au PDCI pourraient devoir être revues pour être en accord avec les ressources budgétaires et le contexte de réorganisation du réseau.				
4.2 Maintenir les installations et les équipements afin qu'ils répondent aux besoins des secteurs cliniques, soutien et administratifs en lien avec une prestation sécuritaire de services	✓ Élaborer et diffuser les cadres de gestion : • Plan de conservation et de fonctionnalité immobilière • Plan de conservation des équipements médicaux et plan de conservation des équipements non mobilier et mobilier ✓ Réaliser les projets inscrits au PCFI ✓ Se doter des outils supportant la maintenance préventive des actifs immobiliers et mobiliers ✓ Implanter les lignes directrices en hygiène et salubrité	- Diffuser PCFI au comité de gestion 1 fois/an; - Responsables/rencontres régulières des gestionnaires cliniques et diffusion au comité de gestion - Projets réalisés - Acquérir et implanter le logiciel (démarche régionale)	Cadres de gestion connus Améliorer l'entretien et maintenir l'entretien des installations	DRFTI.

ENJEU N° 4 : RESSOURCES FINANCIÈRES, MATÉRIELLES ET INFORMATIONNELLES				
Orientations	**Objectifs**	**Indicateurs**	**Cibles**	**Responsable**
Résultat au 31 mars 2015 : Les plans sont élaborés et un état de situation sur l'avancement des projets en cours est fait aux gestionnaires à chaque comité de gestion. Le projet de rénovation fonctionnelle du guichet d'accès priorisé par l'établissement a été réalisé. Un appel d'offres pour retenir les services d'une firme ESE a été réalisé et l'exécution du projet d'économie a été acceptée par Le MSSS. Le projet est en cours de réalisation au 31 mars 2015. Un processus complet de priorisation des équipements médicaux a été réalisé dans afin de bien répondre aux besoins de l'organisation. Le PCFI est diffusé et les projets sont réalisés selon les priorités établies. Un logiciel de GMAO a été implanté à l'été 2012.				
4.3 Finaliser la réorganisation du service alimentaire	✓ Augmenter la satisfaction de la clientèle ✓ Diminution des coûts	- Augmentation des ventes à la cafétéria - Diminuer le coût/repas		DRFTI coord. services alim.
Résultat au 31 mars 2015 : La réorganisation des services alimentaires a été complétée durant l'année 2013-2014. Parmi les travaux réalisés à cet effet, notons la tenue d'un sondage sur la satisfaction de la clientèle. Le sondage a amené quelques changements sur le menu. D'autres changements seront apportés au menu de façon cyclique. La réorganisation est terminée. La création du CISSS pourrait conduire à une évaluation d'opportunité de centraliser certains services auxiliaires avec distribution dans les installations.				
4.4 Optimiser le processus d'allocation des ressources financières et le suivi de leur utilisation	✓ Optimiser les processus d'approvisionnement et de logistique ✓ Améliorer les processus d'information financière (compilation, diffusion, analyse interne et en support de gestion et suivi)	- Augmenter le nombre de rencontres de suivi avec les gestionnaires des secteurs critiques	Réduire le délai entre la démarche et la commande. Atteindre un meilleur contrôle et un suivi plus performant par les gestionnaires	DRFTI

ENJEU N° 4 : RESSOURCES FINANCIÈRES, MATÉRIELLES ET INFORMATIONNELLES				
Orientations	**Objectifs**	**Indicateurs**	**Cibles**	**Responsable**
Résultat au 31 mars 2015 : Une démarche « Lean» à l'approvisionnement a été réalisée. Certaines recommandations ont été implantées en 2014-2015 et 2015-2016. De plus, un projet d'optimisation régional est en cours et se poursuivra en 2015-2016.				
4.5 Implanter une culture de performance	✓ S'assurer d'une efficacité (faire ce que l'on doit faire – résultat et d'une efficience (le faire en assurant une utilisation performante des ressources)	- Réalisation des activités en respectant le cadre budgétaire	Maintien de l'équilibre budgétaire	DRFTI et tous les gestionnaires
Résultat au 31 mars 2015 : La démarche de plan d'optimisation 2014-2017 a permis de revoir nos façons de faire, d'exercer une rigueur budgétaire et de se donner un processus d'amélioration continue de la performance. Avec l'implication de tous les gestionnaires et employés, plusieurs projets d'amélioration et d'économie ont été identifiés et mis en place dans l'exercice.				
4.6 S'assurer de la disponibilité des ressources informationnelles en support aux activités cliniques et aux activités de gestion	✓ Déploiement du plan stratégique régional des ressources informationnelles (PSRRI) ✓ Maintenir le plan de conservation des équipements			DRFTI Responsable informatique
Résultat au 31 mars 2015 : Nous avons continué le plan de conservation des équipements et effectué le suivi de la planification stratégique régionale des ressources informatiques.				

ENJEU N° 5 : GOUVERNANCE				
Orientations	**Objectifs**	**Indicateurs**	**Cibles**	**Responsable**
5.1 Ajuster la structure en fonction d'une efficience organisationnelle	5.1 Ajuster la structure en fonction d'une efficience organisationnelle	✓ Structurer l'organisation en regard de nos priorités d'action ✓ Renforcer nos mécanismes de concertation et de coordination entre les équipes, les directions et l'équipe médicale	- Plan d'organisation - Le nombre de rencontres	Plan révisé - Dossiers communs (au moins 1 dossier commun soit entre 2 directions soit une direction et l'équipe médicale)
Résultat au 31 mars 2015 : Mise à jour du plan d'organisation				
5.2 Actualiser notre vision, nos valeurs, notre philosophie de gestion et nos principes directeurs	5.2 Actualiser notre vision, nos valeurs, notre philosophie de gestion et nos principes directeurs	✓ Promouvoir et partager notre vision	- Diffusion du plan stratégique (journal interne, rencontres médias, etc.)	Les employés Les médecins Les gestionnaires Le conseil d'administration Partenaires externes et internes
Résultat au 31 mars 2015 : Constitution d'équipes qualité pour la démarche d'Agrément; messages sur notre site internet et les écrans numériques.				

ENJEU N° 5 : GOUVERNANCE				
Orientations	**Objectifs**	**Indicateurs**	**Cibles**	**Responsable**
5.3 Assurer une gestion efficiente, efficace et pertinente des ressources	✓ Optimisation de l'utilisation des ressources ✓ Évaluer la performance, suivi et rétroaction	- Projets d'optimisation	1 à 2 projets d'optimisation	Nicole Morin
Résultat au 31 mars 2015 : Projets d'optimisation : ✓ Commissionnaire; ✓ Système de paie; ✓ Guichet d'accès; ✓ Approvisionnement; ✓ Hygiène et salubrité; ✓ Amélioration de la présence au travail; ✓ Frais juridiques; ✓ Services psychosociaux; ✓ Organisation du travail en CHSLD; ✓ Pharmacie; ✓ Plan directeur clinique immobilier.				

ENJEU N° 6 : COMMUNICATION				
Orientations	**Objectifs**	**Indicateurs**	**Cibles**	**Responsable**
6.1 Consolider le sentiment d'appartenance	✓ Unir les employés sentiment d'appartenance ✓ Valoriser le travail du personnel ✓ Démontrer le souci client et faire connaître l'expertise	– L'affichage numérique – Des banderoles ou panneaux extérieurs – Une photo-logo-slogan rassembleur – Insertion de cette « image d'unité » dans tous les courriels – Un journal interne – Boîtes de commentaires et concours de « La meilleure idée d'améliorations » – Permettre l'échange d'expertise et du savoir-faire des équipes par des midis-conférences – Offrir un objet promotionnel visible permettant de créer « un esprit d'équipe » au sein du personnel. – Soirée de reconnaissance	Projets atteints	Nicole Morin

ENJEU N° 6 : COMMUNICATION				
Orientations	**Objectifs**	**Indicateurs**	**Cibles**	**Responsable**
6.2 Promouvoir l'offre de service du CSSS à la population et aux partenaires	✓ Faire connaître l'offre de services ✓ Faire rayonner le CSSS ✓ S'imposer comme un leader dans le milieu	– Créer un site Web – Avoir un PowerPoint Corporatif avec acétates corpo – Diffuser la vision stratégique 2011-2015 – Diffuser nos expertises – Présence régulière dans les hebdomadaires – Diffusion des journaux internes adaptés – Créer des alliances – Du matériel promotionnel pour le recrutement	Projets atteints	Nicole Morin

Résultat au 31 mars 2015 :

- ✓ Affichage numérique;
- ✓ Journal interne;
- ✓ Site internet;
- ✓ Soirée reconnaissance;
- ✓ Ententes avec nos partenaires;
- ✓ Rencontre avec nos partenaires;
- ✓ Table des aînés;
- ✓ COSMOSS;
- ✓ Midis-conférences;
- ✓ Equipes qualité.

ENJEU N° 6 : COMMUNICATION				
Orientations	**Objectifs**	**Indicateurs**	**Cibles**	**Responsable**
6.3 Dispenser des services-conseils	✓ Conseiller et supporter les gestionnaires et le personnel en matière de communication notamment en recueillant l'information et en rédigeant les textes	– Participation aux divers comités (CD-CG-CA) – Mandats ad hoc – Formation de prise de parole en public – Formation média	Projets atteints	
Résultat au 31 mars 2015 : ✓ Support aux conseils statutaires; ✓ Support au recrutement; ✓ Support/conseil aux gestionnaires, employés; ✓ Participation à la Table régionale des communications.				
Le poste de coordonnateur aux communications a été vacant pendant plus de 4 mois. Une nouvelle ressource est entrée en poste en mai 2014 à raison de 2 jours/semaine. La venue d'Agrément Canada en septembre a nécessité beaucoup de travail au niveau communicationnel, tant à l'interne qu'à l'externe. Quelques projets de développement pour l'année 2014-2015 (refonte site Web, création page Facebook, matériel promotionnel, etc.) ont dû être mis sur la glace dès octobre avec l'annonce du projet de loi 10. L'utilisation des écrans numériques a été bonifiée cette année et les écrans sont de plus en plus reconnus comme médias d'information pour la population, tant à l'interne que par des organismes du milieu.				

ANNEXE 4

CSSS-BILAN DE FIN DE PÉRIODE 2014-2015 : CSSS DE MATANE(1104-4062)

1.1 Santé publique

Indicateur	Période utilisée pour projection (1)	Valeur projetée (2)	Eng. 2014-2015 (3)	% Eng. (5)	Cible 2015 (8)	% Cible 2015 (10)
1.01.12.B1-EG2 Nombre moyen de visites à domicile par semaine auprès des femmes suivies dans les SIPPE de la 12e semaine de grossesse à l'accouchement moins un jour (Prénatale), au cours de l'année de référence	13	0,19	0,50	38,5	ND	NA
1.01.12.B2-EG2 Nombre moyen de visites à domicile par semaine auprès des femmes suivies dans les SIPPE de la naissance à la 6e semaine de vie de l'enfant (Postnatale 1), au cours de l'année de référence	13	1,25	1,00	125,0	ND	NA
1.01.12.B3-EG2 Nombre moyen de visites à domicile par semaine auprès des femmes suivies dans les SIPPE de la 7e semaine au 12e mois de vie de l'enfant (Postnatale 2), au cours de l'année de référence	13	0,23	0,50	45,3	ND	NA
1.01.12.B4-EG2 Nombre moyen de visites à domicile par semaine auprès des femmes suivies dans les SIPPE du 13e au 60e mois de vie de l'enfant (Postnatale 3), au cours de l'année de référence	13	0,01	0,25	2,8	ND	NA
1.01.13-EG2 Pourcentage d'écoles qui implantent l'approche École en santé (AÉS)	13	0,0	65,0	0,0	Aug.	NA
1.01.14-EG2 Proportion des enfants recevant en CSSS - mission CLSC leur 1re dose de vaccins contre DCaT-HB-VPI-Hib dans les délais	13	88,9	90,0	98,7	75,0	118,5
1.01.15-EG2 Proportion des enfants recevant en CSSS mission CLSC leur 1re dose de vaccins contre le méningocoque de sérogroupe C dans les délais	13	80,0	90,0	88,8	75,0	106,6
1.01.22-EG2 Nombre d'activités de counseling post-test ITSS avec intervention préventive	13	0	ND	NA		.
1.01.23-EG2 Nombre d'activités de dépistage des ITSS auprès des clientèles vulnérables	13	0	ND	NA		.

Atteinte de l'engagement inférieur à 90% **Atteinte de l'engagement égale ou supérieure à 90% et inférieure à 100%**
Version de GESTRED: 2015/05/12.

Pour le volet SIPPE en prénatal nous constatons que le suivi est plus espacé considérant les besoins des jeunes mamans. Elles sont moins engagées à maintenir une fréquence telle que prescrite. Nous avons adapté les stratégies d'intervention en alternant le contact téléphonique et visite à domicile dans le souci de maintenir le lien en vue de la naissance à venir. Le post natal est en explosion considérant le lien qui se crée en prénatal.

Concernant le post natal 2, nous avons ciblé à revoir le calcul du délai de 2 semaine. Ce dernier se fait selon nos informations en lien avec les répondants régionaux. Le nombre de semaines est divisé par le nombre d'interventions. À cet effet, nous ne comprenons pas l'atteinte de la cible, car selon nos calculs nous serions dans la cible. Cependant, nous devons assurer nos dires en lien avec la fiche de périnatalité afin de s'assurer de sa conformité. Pour le post natal 3, nous avons à augmenter la rigueur de la fermeture de la fiche périnatalité SIPPE lorsque la maman retourne aux études, reprend un travail, etc...

Pour le volet vaccination : nous avions eu la consigne du pilote régional de ne plus saisir dans le I-CLSC les données du produit vaccinal, mais uniquement dans le SIPMI. Cette consigne remonte à novembre 2014. Donc, considérant que les données du Gestred relèvent du I-CLSC, nous pouvons indiquer d'être vigilant sur l'exactitude des données concernant notre cible; nos données correspondent vers la P7.

Pour le volet École en santé : nous avons intégré au scolaire plusieurs stratégies d'intervention en lien avec notre agente de prévention et promotion en santé publique. Avec notre répondante École en santé nous avons, dans l'ensemble des écoles du territoire, des pauses santés, des programmes en nutrition, des comités de jeunes sur les saines habitudes de vie en lien avec COSMOSS. L'enjeu se situe sur la nomenclature du cadre normatif qui demande un comité formel École en santé, ce que nous n'atteindrons pas par l'absence des directions d'école à ce dit comité dit formel. Toutes les stratégies sont aussi reliées au plan d'action local MELS-MSSS.

CSSS-BILAN DE FIN DE PÉRIODE 2014-2015 : CSSS DE MATANE(1104-4062)

1.1 Santé publique - Prévention et contrôle des infections nosocomiales

Indicateur	Période utilisée pour projection (1)	Valeur projetée (2)	Eng. 2014-2015 (3)	% Eng. (5)	Cible 2015 (8)	% Cible 2015 (10)
1.01.11A-EG1 Pourcentage d'établissements ayant atteint le ratio recommandé d'infirmière (ETC) affectée au programme de prévention des infections nosocomiales-CHSGS	13	100,00	ND	NA		.
1.01.11B-EG1 Pourcentage d'établissements ayant atteint le ratio recommandé d'infirmière (ETC) affectée au programme de prévention des infections nosocomiales-CHSLD	13	100,00	ND	NA		.
1.01.17-EG2 Pourcentage d'établissements de soins aigus ayant un comité de prévention et de contrôle des infections nosocomiales (PCI) fonctionnel	13	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
1.01.18-EG2 Pourcentage d'établissements ayant un programme structuré de prévention et de contrôle des infections nosocomiales	13	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

Atteinte de l'engagement inférieur à 90% **Atteinte de l'engagement égale ou supérieure à 90% et inférieure à 100%**

Version de GESTRED: 2015/05/12.

CSSS-BILAN DE FIN DE PÉRIODE 2014-2015 : CSSS DE MATANE(1104-4062)

1.2 Services généraux - Activités cliniques et d'aide

Indicateur	Période utilisée pour projection (1)	Valeur projetée (2)	Eng. 2014-2015 (3)	% Eng. (5)	Cible 2015 (8)	% Cible 2015 (10)
1.02.02-EG1 Nombre d'usagers desservis par les services psychosociaux généraux en CSSS (mission CLSC)	13	537	487	110,2	ND	NA
1.02.03-EG1 Nombre moyen d'interventions par usager réalisées dans le cadre des services psychosociaux généraux en CSSS (mission CLSC)	13	6,08	4,42	137,5	ND	NA

Atteinte de l'engagement inférieur à 90% **Atteinte de l'engagement égale ou supérieure à 90% et inférieure à 100%**

Version de GESTRED: 2015/05/12.

CSSS-BILAN DE FIN DE PÉRIODE 2014-2015 : CSSS DE MATANE(1104-4062)

1.3 Soutien à l'autonomie des personnes âgées

Indicateur	Période utilisée pour projection (1)	Valeur projetée (2)	Eng. 2014-2015 (3)	% Eng. (5)	Cible 2015 (8)	% Cible 2015 (10)
1.03.05.01-PS Nombre total d'heures de service de soutien à domicile longue durée rendues à domicile par les différents modes de dispensation de services (CSSS - mission CLSC)	13	49543	48717	101,6	ND	NA

Atteinte de l'engagement inférieur à 90% **Atteinte de l'engagement égale ou supérieure à 90% et inférieure à 100%**

Version de GESTRED: 2015/05/12.

CSSS-BILAN DE FIN DE PÉRIODE 2014-2015 : CSSS DE MATANE(1104-4062)

1.4 Déficience physique

Indicateur	Période utilisée pour projection (1)	Valeur projetée (2)	Eng. 2014-2015 (3)	% Eng. (5)	Cible 2015 (8)	% Cible 2015 (10)
1.45.04.01-PS Taux des demandes de services traitées en CSSS, selon les délais définis comme standards du plan d'accès aux services pour les personnes ayant une déficience physique - TOUS ÂGES - TOUTES PRIORITÉS	13	94,4	90,0	104,9	90,0	104,9
1.45.04.02-PS Taux des demandes de services traitées en CSSS, selon les délais définis comme standards du plan d'accès aux services pour les personnes ayant une déficience physique - TOUS ÂGES - PRIORITÉ URGENTE	13	100,0	90,0	111,1	90,0	111,1
1.45.04.03-PS Taux des demandes de services traitées en CSSS, selon les délais définis comme standards du plan d'accès aux services pour les personnes ayant une déficience physique TOUS ÂGES - PRIORITÉ ÉLEVÉE	13	90,0	90,0	100,0	90,0	100,0
1.45.04.04-PS Taux des demandes de services traitées en CSSS, selon les délais définis comme standards du plan d'accès aux services pour les personnes ayant une déficience physique - TOUS ÂGES - PRIORITÉ MODÉRÉE	13	96,0	75,0	128,0	75,0	128,0
1.45.45.00-PS Taux des demandes de services traitées en CSSS, CRDP et CRDI selon les délais définis comme standards du Plan d'accès - TOUTES DÉFICIENCES - TOUS ÂGES - TOUTES PRIORITÉS	13	93,9	ND	NA		.
1.45.45.02-PS Taux des demandes de services traitées en CSSS, CRDP et CRDI selon les délais définis comme standards du Plan d'accès - TOUTES DÉFICIENCES - TOUS ÂGES - PRIORITÉ URGENTE	13	100,0	90,0	111,1	ND	NA
1.45.45.03-PS Taux des demandes de services traitées en CSSS, CRDP et CRDI selon les délais définis comme standards du Plan d'accès - TOUTES DÉFICIENCES - TOUS ÂGES - PRIORITÉ ÉLEVÉE	13	87,5	90,0	97,2	ND	NA
1.45.45.04-PS Taux des demandes de services traitées en CSSS, CRDP et CRDI selon les délais définis comme standards du Plan d'accès - TOUTES DÉFICIENCES - TOUS ÂGES - PRIORITÉ MODÉRÉE	13	95,9	90,0	106,5	ND	NA

Atteinte de l'engagement inférieur à 90% **Atteinte de l'engagement égale ou supérieure à 90% et inférieure à 100%**

Version de GESTRED: 2015/05/12.

CSSS-BILAN DE FIN DE PÉRIODE 2014-2015 : CSSS DE MATANE(1104-4062)

1.5 Déficience intellectuelle et TED

Indicateur	Période utilisée pour projection (1)	Valeur projetée (2)	Eng. 2014-2015 (3)	% Eng. (5)	Cible 2015 (8)	% Cible 2015 (10)
1.45.05.01-PS Taux des demandes de services traitées en CSSS, selon les délais définis comme standards du plan d'accès aux services pour les personnes ayant une déficience intellectuelle et TED - TOUS ÂGES - TOUTES PRIORITÉS	13	93,3	90,0	103,7	90,0	103,7
1.45.05.03-PS Taux des demandes de services traitées en CSSS, selon les délais définis comme standards du plan d'accès aux services pour les personnes ayant une déficience intellectuelle et TED - TOUS ÂGES - PRIORITÉ ÉLEVÉE	13	83,3	90,0	92,5	90,0	92,5
1.45.05.04-PS Taux des demandes de services traitées en CSSS, selon les délais définis comme standards du plan d'accès aux services pour les personnes ayant une déficience intellectuelle et TED - TOUS ÂGES - PRIORITÉ MODÉRÉE	13	95,8	75,0	127,7	75,0	127,7

Atteinte de l'engagement inférieur à 90% **Atteinte de l'engagement égale ou supérieure à 90% et inférieure à 100%**

Version de GESTRED: 2015/05/12.

CSSS-BILAN DE FIN DE PÉRIODE 2014-2015 : CSSS DE MATANE(1104-4062)

1.7 Dépendances

Indicateur	Période utilisée pour projection (1)	Valeur projetée (2)	Eng. 2014-2015 (3)	% Eng. (5)	Cible 2015 (8)	% Cible 2015 (10)
1.07.05-PS Nombre de jeunes et d'adultes ayant reçu des services de première ligne, en toxicomanie et en jeu pathologique, offerts par les CSSS	13	32	41	78,0	ND	NA

Atteinte de l'engagement inférieur à 90% **Atteinte de l'engagement égale ou supérieure à 90% et inférieure à 100%**
Version de GESTRED: 2015/05/12.

Nous devons revoir la procédure émise en septembre 2012 sur l'entrée statistique entre la dépendance et la santé mentale. Nous avons constaté que les intervenants ne modifient pas le profil et les raisons selon la procédure ce qui a pour effet que la statistique demeure en santé mental malgré que les interventions se font pour la dépendance. Il faut revenir sur le profil 410 versus 610 et maintenir les raisons d'intervention

CSSS-BILAN DE FIN DE PÉRIODE 2014-2015 : CSSS DE MATANE(1104-4062)

1.8 Santé mentale

Indicateur	Période utilisée pour projection (1)	Valeur projetée (2)	Eng. 2014-2015 (3)	% Eng. (5)	Cible 2015 (8)	% Cible 2015 (10)
1.08.05-PS Nombre de places en soutien d'intensité variable (SIV) dans la communauté pour des adultes de 18 ans et plus mesuré par le nombre moyen d'adultes qui ont reçu ces services	13	15	28	53,5	41	36,5
1.08.06-PS Nombre de places en services de suivi intensif dans le milieu pour des adultes de 18 ans et plus mesuré par le nombre moyen d'adultes qui ont reçu ces services	13	0	ND	NA		
1.08.07-EG1 Séjour moyen sur civière à l'urgence pour des problèmes de santé mentale	13	8,19	12,00	131,7	12,00	131,7
1.08.08-EG1 Pourcentage de séjour de 48 heures et plus sur civière à l'urgence pour un problème de santé mentale	13	0,00	0,00	100,0	0,00	100,0
1.08.09-PS Nombre d'usagers souffrant de troubles mentaux ayant reçu des services de santé mentale de 1re ligne en CSSS (mission CLSC)	13	292	380	76,8	382	76,4
1.08.10-EG1 Nombre d'usagers dont le délai d'accès aux services de 2e ou 3e ligne en santé mentale est supérieur à 60 jours	13	0	ND	NA		0,0

Atteinte de l'engagement inférieur à 90% **Atteinte de l'engagement égale ou supérieure à 90% et inférieure à 100%**
Version de GESTRED: 2015/05/12.

Pour le volet SIV nous venons de recevoir notre accréditation du programme par le Centre National en Santé Mental le 12 mai 2015. Nous avons 31 usagers SIV actifs dans l'ICLSC pour les 18 ans et plus et 2 usagers de 17 ans pour le programme RAP. Selon notre évaluation du CNESM nous avons un ratio correspondant aux bonnes pratiques c'est-à-dire 16-18 dossiers par intervenants , nous avons la bonne clientèle et nous avons un ratio de 18% sur une tolérance de 20% pour les nouveaux dossiers dans lequel on doit faire plus de reaching out indirect pour rejoindre la clientèle. Donc, nous ne comprenons pas la valeur de 15 SIV alors que dans le Gestred formulaire 33 on déclare 31 usagers pour l'année 2014-2015. Selon les données probantes pour 55 places SIV comme on aurait à Matane, selon les bonnes pratiques on parle de 3 ETC comme requis alors que nous 1.8 ETC.. L'enjeu est le volet de faire la promotion et le renforcement des liens dans la communauté pour rejoindre la clientèle.

Pour le volet santé mentale : nous avons une rupture de service en psychologie retraite, une rupture en social départ d'un intervenant dans l'équipe de base. Nous avons une liste d'attente de 8 dossiers avec un délai maximum de 30 jours. Il est constaté aussi une baisse de demande au guichet d'accès dans ce sous-programme.

CSSS-BILAN DE FIN DE PÉRIODE 2014-2015 : CSSS DE MATANE(1104-4062)

1.9 Santé physique - Séjour à l'urgence

Indicateur	Période utilisée pour projection (1)	Valeur projetée (2)	Eng. 2014-2015 (3)	% Eng. (5)	Cible 2015 (8)	% Cible 2015 (10)
1.09.01-PS Séjour moyen sur civière (durée)	13	7,98	11,00	127,4	11,00	127,4
1.09.02-EG1 Séjour moyen sur civière des personnes de 75 ans et plus	13	9,54	11,00	113,3	12,00	120,5
1.09.03-PS Pourcentage de séjour de 48 heures et plus sur civière	13	0,1	0,0	99,8	0,0	99,8
1.09.04-EG1 Pourcentage de séjour de 48 heures et plus sur civière des personnes de 75 ans et plus	13	0,2	0,0	99,8	0,0	99,8
1.09.31-PS Pourcentage de séjours de 24 heures et plus sur civière	13	3,07	0,00	0,0	ND	NA

Atteinte de l'engagement inférieur à 90% **Atteinte de l'engagement égale ou supérieure à 90% et inférieure à 100%**
Version de GESTRED: 2015/05/12.

1.09.31-PS La fermeture d'une ressource intermédiaire a occasionné des difficultés dans la fluidité des admissions à l'étage.

CSSS-BILAN DE FIN DE PÉRIODE 2014-2015 : CSSS DE MATANE(1104-4062)

1.9 Santé physique - Soins palliatifs - Radio-oncologie

Indicateur	Période utilisée pour projection (1)	Valeur projetée (2)	Eng. 2014-2015 (3)	% Eng. (5)	Cible 2015 (8)	% Cible 2015 (10)
1.09.05-EG1 Nombre d'usagers en soins palliatifs à domicile	13	71	94	75,5	94	75,5
1.09.06-EG1 Nombre moyen d'interventions par usager en soins palliatifs à domicile	13	25,85	18,69	138,2	ND	NA
1.09.33.01-PS Pourcentage des patients traités par chirurgie oncologique dans un délai inférieur ou égal à 28 jours (de calendrier)	13	0,0	90,0	0,0	ND	NA
1.09.33.02-EG2 Pourcentage des patients traités par chirurgie oncologique dans un délai inférieur ou égal à 56 jours (de calendrier)	13	0,0	100,0	0,0	ND	NA

Atteinte de l'engagement inférieur à 90% **Atteinte de l'engagement égale ou supérieure à 90% et inférieure à 100%**
Version de GESTRED: 2015/05/12.

Le nombre d'usagers en oncologie en soins palliatifs à domicile était les personnes inscrites. Depuis janvier 2015, c'est l'ensemble des soins palliatifs qui est de ce nombre. Avec cette nouvelle consigne, nous croyons que pour l'année 2015-2016 nous serons dans la cible.

Aucune chirurgie oncologique n'est pratiquée au CSSS de Matane

CSSS-BILAN DE FIN DE PÉRIODE 2014-2015 : CSSS DE MATANE(1104-4062)

1.9 Santé physique - Chirurgie - Nombre

Indicateur	Période utilisée pour projection (1)	Valeur projetée (2)	Eng. 2014-2015 (3)	% Eng. (5)	Cible 2015 (8)	% Cible 2015 (10)
1.09.32.00-EG2 Nombre de demandes de chirurgies en attente depuis plus de 1 an pour l'ensemble des chirurgies	13	0	0	100,0	ND	NA
1.09.32.01-EG2 Nombre de demandes de chirurgies en attente depuis plus de 1 an pour une arthroplastie totale de la hanche	13	0	0	100,0	ND	NA
1.09.32.02-EG2 Nombre de demandes de chirurgies en attente depuis plus de 1 an pour une arthroplastie totale du genou	13	0	0	100,0	ND	NA
1.09.32.03-EG2 Nombre de demandes de chirurgies en attente depuis plus de 1 an pour une chirurgie de la cataracte	13	0	ND	NA		0,0
1.09.32.04-EG2 Nombre de demandes de chirurgies en attente depuis plus de 1 an pour une chirurgie d'un jour	13	0	0	100,0	ND	NA
1.09.32.05-EG2 Nombre de demandes de chirurgies en attente depuis plus de 1 an pour une chirurgie avec hospitalisation	13	0	0	100,0	ND	NA
1.09.32.06-EG2 Nombre de demandes de chirurgies en attente depuis plus de 1 an pour une chirurgie bariatrique	13	0	ND	NA		0,0

Atteinte de l'engagement inférieur à 90% **Atteinte de l'engagement égale ou supérieure à 90% et inférieure à 100%**
Version de GESTRED: 2015/05/12.

Non applicable, car nous ne faisons pas ce type de chirurgie.

CSSS-BILAN DE FIN DE PÉRIODE 2014-2015 : CSSS DE MATANE(1104-4062)

1.9 Santé physique - Chirurgie - Durée de l'attente

Indicateur	Période utilisée pour projection (1)	Valeur projetée (2)	Eng. 2014-2015 (3)	% Eng. (5)	Cible 2015 (8)	% Cible 2015 (10)
1.09.20.00-PS Pourcentage des demandes inscrites au mécanisme central traitées dans les délais pour l'ensemble des chirurgies	13	96,5	90,0	107,1	ND	NA
1.09.20.01-PS Pourcentage des demandes inscrites au mécanisme central traitées dans les délais pour une arthroplastie totale de la hanche	13	93,5	90,0	103,9	ND	NA
1.09.20.02-PS Pourcentage des demandes inscrites au mécanisme central traitées dans les délais pour une arthroplastie totale du genou	13	91,4	90,0	101,5	ND	NA
1.09.20.03-PS Pourcentage des demandes inscrites au mécanisme central traitées dans les délais pour une chirurgie de la cataracte	13	0,0	ND	NA		.
1.09.20.04-PS Pourcentage des demandes inscrites au mécanisme central traitées dans les délais pour une chirurgie d'un jour	13	97,1	90,0	107,8	ND	NA
1.09.20.05-PS Pourcentage des demandes inscrites au mécanisme central traitées dans les délais pour une chirurgie avec hospitalisation	13	96,0	90,0	106,6	ND	NA

Atteinte de l'engagement inférieur à 90% **Atteinte de l'engagement égale ou supérieure à 90% et inférieure à 100%**

Version de GESTRED: 2015/05/12.

CSSS-BILAN DE FIN DE PÉRIODE 2014-2015 : CSSS DE MATANE(1104-4062)

1.9 Santé physique - Ressources

Indicateur	Période utilisée pour projection (1)	Valeur projetée (2)	Eng. 2014-2015 (3)	% Eng. (5)	Cible 2015 (8)	% Cible 2015 (10)
3.07-PS Nombre d'IPS en soins de première ligne titularisées et offrant des services de première ligne	13	1	1	100,0	ND	NA

Atteinte de l'engagement inférieur à 90% **Atteinte de l'engagement égale ou supérieure à 90% et inférieure à 100%**

Version de GESTRED: 2015/05/12.

CSSS-BILAN DE FIN DE PÉRIODE 2014-2015 : CSSS DE MATANE(1104-4062)

1.9 Santé physique - Chirurgie - Imagerie médicale

Indicateur	Période utilisée pour projection (1)	Valeur projetée (2)	Eng. 2014-2015 (3)	% Eng. (5)	Cible 2015 (8)	% Cible 2015 (10)
1.09.34.01-EG2 Proportion des demandes de services en attente de moins de trois mois pour la clientèle élective en imagerie médicale pour les graphies	13	100,0	ND	NA		.
1.09.34.02-EG2 Proportion des demandes de services en attente de moins de trois mois pour la clientèle élective en imagerie médicale pour les scopies	13	5,2	ND	NA		.
1.09.34.03-EG2 Proportion des demandes de services en attente de moins de trois mois pour la clientèle élective en imagerie médicale pour les mammographies diagnostiques	13	100,0	ND	NA		.
1.09.34.04-EG2 Proportion des demandes de services en attente de moins de trois mois pour la clientèle élective en imagerie médicale pour les échographies obstétricales	13	100,0	ND	NA		.
1.09.34.05-EG2 Proportion des demandes de services en attente de moins de trois mois pour la clientèle élective en imagerie médicale pour les échographies cardiaques	13	69,8	ND	NA		.
1.09.34.06-EG2 Proportion des demandes de services en attente de moins de trois mois pour la clientèle élective en imagerie médicale pour les échographies mammaires	13	11,8	ND	NA		.
1.09.34.07-EG2 Proportion des demandes de services en attente de moins de trois mois pour la clientèle élective en imagerie médicale pour les autres échographies	13	18,3	ND	NA		.
1.09.34.08-EG2 Proportion des demandes de services en attente de moins de trois mois pour la clientèle élective en imagerie médicale pour les tomodensitométries	13	100,0	ND	NA		.
1.09.34.09-EG2 Proportion des demandes de services en attente de moins de trois mois pour la clientèle élective en imagerie médicale pour les résonances magnétiques	13	100,0	ND	NA		.
1.09.35.01-EG2 Proportion des examens lus dans un délai de 7 jours ou moins en imagerie médicale pour les graphies	13	100,0	ND	NA		.
1.09.35.02-EG2 Proportion des examens lus dans un délai de 7 jours ou moins en imagerie médicale pour les scopies	13	100,0	ND	NA		.
1.09.35.03-EG2 Proportion des examens lus dans un délai de 7 jours ou moins en imagerie médicale pour les mammographies diagnostiques	13	0,0	ND	NA		.
1.09.35.04-EG2 Proportion des examens lus dans un délai de 7 jours ou moins en imagerie médicale pour les échographies obstétricales	13	100,0	ND	NA		.
1.09.35.05-EG2 Proportion des examens lus dans un délai de 7 jours ou moins en imagerie médicale pour les échographies cardiaques	13	0,0	ND	NA		.
1.09.35.06-EG2 Proportion des examens lus dans un délai de 7 jours ou moins en imagerie médicale pour les échographies mammaires	13	100,0	ND	NA		.

CSSS-BILAN DE FIN DE PÉRIODE 2014-2015 : CSSS DE MATANE(1104-4062)

1.9 Santé physique - Chirurgie - Imagerie médicale

Indicateur	Période utilisée pour projection (1)	Valeur projetée (2)	Eng. 2014-2015 (3)	% Eng. (5)	Cible 2015 (8)	% Cible 2015 (10)		
1.09.35.07-EG2 Proportion des examens lus dans un délai de 7 jours ou moins en imagerie médicale pour les autres échographies	13	100,0	ND	NA	.			
1.09.35.08-EG2 Proportion des examens lus dans un délai de 7 jours ou moins en imagerie médicale pour les tomodensitométries	13	100,0	ND	NA	.			
1.09.35.09-EG2 Proportion des examens lus dans un délai de 7 jours ou moins en imagerie médicale pour les résonances magnétiques	13	100,0	ND	NA	.			
1.09.36.01-EG2 Proportion des demandes de services réalisées pour la clientèle élective à l'intérieur des délais établis en imagerie médicale pour les graphies	13	100,00	ND	NA	.			
1.09.36.02-EG2 Proportion des demandes de services réalisées pour la clientèle élective à l'intérieur des délais établis en imagerie médicale pour les scopies	13	100,00	ND	NA	.			
1.09.36.03-EG2 Proportion des demandes de services réalisées pour la clientèle élective à l'intérieur des délais établis en imagerie médicale pour les mammographies diagnostiques	13	100,00	ND	NA	.			
1.09.36.04-EG2 Proportion des demandes de services réalisées pour la clientèle élective à l'intérieur des délais établis en imagerie médicale pour les échographies obstétricales	13	100,00	ND	NA	.			
1.09.36.05-EG2 Proportion des demandes de services réalisées pour la clientèle élective à l'intérieur des délais établis en imagerie médicale pour les échographies cardiaques	13	100,00	ND	NA	.			
1.09.36.06-EG2 Proportion des demandes de services réalisées pour la clientèle élective à l'intérieur des délais établis en imagerie médicale pour les échographies mammaires	13	100,00	ND	NA	.			
1.09.36.07-EG2 Proportion des demandes de services réalisées pour la clientèle élective à l'intérieur des délais établis en imagerie médicale pour les autres échographies	13	100,00	ND	NA	.			
1.09.36.08-EG2 Proportion des demandes de services réalisées pour la clientèle élective à l'intérieur des délais établis en imagerie médicale pour les tomodensitométries	13	100,00	ND	NA	.			
1.09.36.09-EG2 Proportion des demandes de services réalisées pour la clientèle élective à l'intérieur des délais établis en imagerie médicale pour les résonances magnétiques	13	100,00	ND	NA	.			
1.09.37.01-EG2 Proportion des rapports transcrits, complétés et transmis dans un délai de 7 jours ou moins en imagerie médicale pour les graphies	13	100,00	ND	NA	.			
1.09.37.02-EG2 Proportion des rapports transcrits, complétés et transmis dans un délai de 7 jours ou moins en imagerie médicale pour les scopies	13	100,00	ND	NA	.			
1.09.37.03-EG2 Proportion des rapports transcrits, complétés et transmis dans un délai de 7 jours ou moins en imagerie médicale pour les mammographies diagnostiques	13	0,00	ND	NA	.			
1.09.37.04-EG2 Proportion des rapports transcrits, complétés et transmis dans un délai de 7 jours ou moins en imagerie médicale pour les échographies obstétricales	13	100,00	ND	NA	.			
1.09.37.05-EG2 Proportion des rapports transcrits, complétés et transmis dans un délai de 7 jours ou moins en imagerie médicale pour les échographies cardiaques	13	0,00	ND	NA	.			

CSSS-BILAN DE FIN DE PÉRIODE 2014-2015 : CSSS DE MATANE(1104-4062)

1.9 Santé physique - Chirurgie - Imagerie médicale

Indicateur	Période utilisée pour projection (1)	Valeur projetée (2)	Eng. 2014-2015 (3)	% Eng. (5)	Cible 2015 (8)		% Cible 2015 (10)		
1.09.37.06-EG2 Proportion des rapports transcrits, complétés et transmis dans un délai de 7 jours ou moins en imagerie médicale pour les échographies mammaires			13	100,00	ND	NA	.		
1.09.37.07-EG2 Proportion des rapports transcrits, complétés et transmis dans un délai de 7 jours ou moins en imagerie médicale pour les autres échographies			13	100,00	ND	NA	.		
1.09.37.08-EG2 Proportion des rapports transcrits, complétés et transmis dans un délai de 7 jours ou moins en imagerie médicale pour les tomodensitométries			13	100,00	ND	NA	.		
1.09.37.09-EG2 Proportion des rapports transcrits, complétés et transmis dans un délai de 7 jours ou moins en imagerie médicale pour les résonances magnétiques			13	100,00	ND	NA	.		

Atteinte de l'engagement inférieur à 90% **Atteinte de l'engagement égale ou supérieure à 90% et inférieure à 100%**

Version de GESTRED: 2015/05/12.

CSSS-BILAN DE FIN DE PÉRIODE 2014-2015 : CSSS DE MATANE(1104-4062)

2.2 Hygiène et salubrité

Indicateur	Période utilisée pour projection (1)	Valeur projetée (2)	Eng. 2014-2015 (3)	% Eng. (5)	Cible 2015 (8)	% Cible 2015 (10)
2.02.02-EG2 Niveau de réalisation moyen des étapes requises pour l'élimination des zones grises en hygiène et salubrité	13	0	100	0,0	ND	NA

Atteinte de l'engagement inférieur à 90% **Atteinte de l'engagement égale ou supérieure à 90% et inférieure à 100%**

Version de GESTRED: 2015/05/12.

Selon le calcul du MSSS, un établissement ayant moins de 90 % des zones grises dont le nettoyage et la désinfection sont assurés, doit inscrire 0%. Dans les faits, le CSSS de Matane a intégré les zones grises en fonction des niveaux de risque. Plus précisément, l'établissement assure le nettoyage et la désinfection des zones grises selon les protocoles établis lors de périodes d'éclosion ou lorsqu'un usager/résident est sous précaution additionnelle.

CSSS-BILAN DE FIN DE PÉRIODE 2014-2015 : CSSS DE MATANE(1104-4062)

3.1 Ressources humaines

Indicateur	Période utilisée pour projection (1)	Valeur projetée (2)	Eng. 2014-2015 (3)	% Eng. (5)	Cible 2015 (8)	% Cible 2015 (10)
3.01-PS Ratio entre le nombre d'heures en assurance salaire et le nombre d'heures travaillées	13	5,02	5,90	114,8	ND	NA
3.05.01-PS Pourcentage des heures supplémentaires travaillées par les infirmières	13	8,07	6,53	76,4	ND	NA
3.05.02-PS Pourcentage des heures supplémentaires travaillées par l'ensemble du personnel du réseau	13	4,45	3,00	51,7	ND	NA
3.06.01-PS Pourcentage de recours à la main-d'oeuvre indépendante par les infirmières	13	0,00	0,00	100,0	ND	NA
3.06.02-PS Pourcentage de recours à la main-d'oeuvre indépendante par les infirmières auxiliaires	13	0,00	0,00	100,0	ND	NA
3.06.03-PS Pourcentage de recours à la main-d'oeuvre indépendante par les préposés aux bénéficiaires	13	0,00	0,00	100,0	ND	NA

Atteinte de l'engagement inférieur à 90% **Atteinte de l'engagement égale ou supérieure à 90% et inférieure à 100%**
Version de GESTRED: 2015/05/12.

Commentaires sur les écarts à l'atteinte des cibles des ententes de gestion

3.01 - PS - L'établissement a maintenu et même amélioré sa performance au niveau de l'assurance salaire, avec un taux record de 5.02 %, soit 0.88 % en dessous de la cible.

3.05.01 - PS - Notre taux d'heures supplémentaires travaillées par les infirmières est en légère augmentation depuis 2012-2013. Nous ne rencontrons pas la cible pour autant. Des travaux de forage sont débutés et des discussions en CODIR ont eu lieu au début de l'année 2015. 23 infirmières sont actuellement absentes du travail en lien avec la maternité, pour 16,2 ETC, ce qui explique en bonne partie notre taux de temps supplémentaire infirmier et l'impact de celui-ci sur notre taux de temps supplémentaire global. Nous sommes un peu victimes de nos succès en termes d'attraction et de rétention chez le personnel infirmier, jeunes recrues féminines rime souvent avec une augmentation des congés de maternité.

3.05.02 - PS - En ce qui concerne les heures supplémentaires par l'ensemble du personnel réseau, celles-ci sont beaucoup influencées par le taux de supplémentaire infirmier. L'inhalothérapie est un secteur sous surveillance et pour lequel, il y a des travaux en cours. La très grande majorité des services du CSSS de Matane respecte un taux de supplémentaire inférieur à 3.00 %. Par contre, une erreur de codage influence négativement notre ratio, puisque 1 348 heures ont été codées en temps supplémentaire injustement, notre taux global réel de temps supplémentaire est plutôt 4.01 %. Les problèmes de recrutement dans les secteurs hygiène et salubrité et alimentation (cuisinier) contribuent quelque peu au dépassement de la cible d'heures supplémentaires réseau.

3.06.01 - PS -
3.06.02 - PS -
3.06.03 - PS -

} Ces cibles sont toutes respectées.

CSSS-BILAN DE FIN DE PÉRIODE 2014-2015 : CSSS DE MATANE(1104-4062)

4.0 Urgences(Désencombrement)

Indicateur	Période utilisée pour projection (1)	Valeur projetée (2)	Eng. 2014-2015 (3)	% Eng. (5)	Cible 2015 (8)	% Cible 2015 (10)
4.01.01-EG2 Nombre moyen de patients par CH en processus ou en attente d'évaluation/orientation vers la longue durée ou vers les lits post hospitaliers et occupant des lits de courte durée (CD)	13	0,0	0,0	100,0	ND	NA
4.01.05-EG2 Nombre moyen de patients par CH en attente de centre d'hébergement et de soins de longue durée (CHLSD) occupant des lits de courte durée (CD), excluant la santé mentale	13	0,1	0,0	0,0	ND	NA
4.01.06-EG2 Nombre moyen de patients par CH en attente de ressources non institutionnelles (RNI) occupant des lits de courte durée (CD), excluant la santé mentale	13	0,4	0,0	0,0	ND	NA

Atteinte de l'engagement inférieur à 90% **Atteinte de l'engagement égale ou supérieure à 90% et inférieure à 100%**
Version de GESTRED: 2015/05/12.

4.01.05-EG2 et 4.01.06-EG2 : La fermeture d'une ressource intermédiaire a occasionné des délais d'admission pour les usagers en attente d'hébergement et de soins de longue durée et en attente de ressources non institutionnelles.

ANNEXE 5

Fiche sociosanitaire

RLS de La Matanie

IDENTIFICATION

No. Permis : 1104-4062

CSSS DE MATANE	Directrice générale :	Nicole Morin
333, rue Thibault	Président du conseil d'administration :	Louis Pelletier
Matane	Téléphone :	418 562-3135
G4W 2W5	Télécopieur :	418 562-9374

PRINCIPALES INSTALLATIONS ET MISSIONS[19]

CHSGS	**CHSLD**	**CPEJ**
Hôpital de Matane	Centre d'hébergement de Matane	Point de service : Matane
333, rue Thibault	Nombre de places : 106	
Matane G4W 2W5		**CRJDA**
Bassin de desserte[1] : 16 638	**CLSC**	Unité de réadaptation : Matane
	Points de service : Matane, Les Méchins	Nombre de places : 12
CRPAT (L'Estran)	et Baie-des-Sables	
Point de service : Matane		**CRDITED**
		Point de service : Matane

NOMBRE DE PLACES[19]	Au permis[23]	Dressés[1]	Normes[11]
Soins généraux et spécialisés (CHSGS)	45	45	37
Civières autorisées (excluant réanimation)	7		
Centre d'hébergement et de soins de longue durée (CHSLD)[22]	106	106	109
Ressources intermédiaires (RI) :	Reconnues	**(En date du 5 mars 2015)**	
Personnes en perte d'autonomie liée au vieillissement	51		
Santé mentale	0		
Déficience physique	0		
Déficience intellectuelle/TED	12	(sous la responsabilité du CRDITED)	
Jeunes	0		
Ressources de type familial (RTF) :			
Personnes en perte d'autonomie liée au vieillissement	0		
Santé mentale	0		
Déficience physique	0		
Déficience intellectuelle/TED	20	(sous la responsabilité du CRDITED)	
Jeunes	18	(sous la responsabilité du CJ)	
Ressources privées (RP)[24] :			
Personnes en perte d'autonomie liée au vieillissement (mai 2014)	389		

RÉSEAU LOCAL DE SERVICES[19]	Nombre	Nombre	Nombre
Plan d'effectif médical 2014 (en date du 9 juin 2014)	**En place**	**Besoins**	**Autorisé**
Médecins omnipraticiens	23	30	27
Médecins spécialistes	8	9	8
		Nombre	
Cliniques médicales privées		5	
Groupes de médecine familiale (GMF) accrédités		1	
Pharmacies communautaires		5	
Cliniques dentaires		3	
Dentistes en pratique privée		4	
Dentistes avec privilèges en milieu hospitalier		1	
Nombre d'organismes communautaires subventionnés de la santé et des services sociaux*		13	
Commission scolaire Monts et Marées (secteur Matane) - nombre d'installations :		15	
Nombre d'écoles primaires		10	
Nombre d'écoles secondaires		1	
Nombre d'écoles primaires et secondaires		2	
Nombre de centres de formation pour adultes		1	
Nombre de centres de formation professionnelle		1	
Nombre d'écoles secondaires privées		0	
Nombre de cégeps/centres d'études collégiales		1	

RESSOURCES FINANCIÈRES[19] **Budget 2014-2015** **(Données excluant le CJ et CRDITED)**

Au 7 février 2015 :

Charges :	45 961 382 $	Surplus (déficits) cumulés au 31/03/14 :	1 223 670 $
Revenus :	2 588 657 $	Résultat d'exploitation prévu 2014-2015 :	(159 443) $
Net :	43 372 725 $	Surplus (déficits) cumulés prévus au 31/03/15 :	1 064 227 $

RESSOURCES HUMAINES[17] **(2013-2014)** **(Données excluant le CJ et CRDITED)**	Nombre TC	Nombre TP(ETC)	ETC
Personnel cadre	20	1	21
Personnel régulier	309	133	442
Personnel non détenteur de postes			107

RESSOURCES MATERIELLES[10]	(En date du 6 août 2014, données excluant le CJ et CRDITED)					
Projets en cours	**Coût du projet**	**Description**			**État d'avancement**	
Aménagement d'un accueil centralisé et du triage pour l'urgence	577 172 $	Réamenagement pour une meilleure efficience			En réalisation	
Enveloppe de rénovations fonctionnelles autres que CHSLD	140 425 $	Année 2013-2014				
Enveloppe de maintien d'actifs immobiliers	1 051 536 $	Année 2013-2014				
Enveloppe de renouvellement d'équipements spécialisés et médicaux	437 154 $	Année 2013-2014				
Enveloppe de renouvellement d'équipements et de mobilier	121 721 $	Année 2013-2014				
POPULATION			RLS (n)	RLS (%)	BSL (n)	BSL (%)	QC
0-17 ans			3 182	14.7%	32 876	16.4%	18.5%
12-17 ans			1 025	4.7%	10 562	5.3%	5.8%
18-64 ans			13 076	60.4%	122 452	60.9%	63.9%
12 ans et plus			19 500	90.0%	178 613	88.9%	87.3%
65 ans et plus			5 399	24.9%	45 599	22.7%	17.5%
75 ans et plus			2 178	10.1%	19 497	9.7%	7.5%
0-4 ans			915	4.2%	9 362	4.7%	5.4%
5-9 ans			916	4.2%	9 498	4.7%	5.3%
10-19 ans			1 714	7.9%	18 089	9.0%	10.0%
20-29 ans			2 099	9.7%	21 149	10.5%	13.0%
30-39 ans			2 348	10.8%	22 834	11.4%	13.8%
40-49 ans			2 284	10.5%	22 118	11.0%	12.9%
50-64 ans			5 982	27.6%	52 278	26.0%	21.9%
65-74 ans			3 221	14.9%	26 102	13.0%	10.0%
75-84 ans			1 567	7.2%	13 158	6.5%	5.3%
85 ans et plus			611	2.8%	6 339	3.2%	2.3%
Population totale (**projections 2015**)[4-6]			21 659	100.0%	200 924	100.0%	100.0%
Naissances (2012p)[8]			190		1 891		88 700
Décès (2012p)[8]			240		1 914		60 800
MODE D'OCCUPATION DU TERRITOIRE[9]			RLS (n)	RLS (%)	BSL (n)	BSL (%)	QC
Municipalités (nb)			11	100.0%	114	100.0%	1 134
Municipalités de plus de 2 000 hab. (nb)			1	9.1%	17	14.9%	388
Densité de la population (nombre d'habitants/km² de terre ferme)			6.5		9.0		6.3
ÉTAT DE SANTÉ			RLS (n)	RLS (%)	BSL (n)	BSL (%)	QC
Espérance de vie à la naissance (ans) 2009-2011[6]			80.6		81.5		81.6
Auto-évaluation de sa santé : très bonne ou excellente[5]				43.5%		55.3%	59.4%
Personnes ayant une incapacité (tous âges, 2006)[2]			3 040	14.1%	24 555	12.8%	12.7%
Personnes souffrant d'obésité (IMC >=30.0, 18 ans et plus)[5]			3 138	17.1%	22 028	13.4%	14.4%
Limitation des activités quotidiennes causées par un état ou problème de santé de longue durée - 6 mois et plus (12 ans et plus)[5]			4 590	23.3%	37 880	21.7%	20.7%
Blessés graves (nécessitant une hospitalisation) suite à un accident de la route (taux brut annuel sur 10 000 habitants)[20]			5	2.3	64	3.2	2.1
Enfants de 5 ans à risque élevé de développer la carie dentaire en dentition primaire/enfants dépistés[7]			22	13.3%	287	15.0%	-
Enfants de 5 ans ayant expérimenté la carie dentaire en dentition primaire/enfants dépistés[7]			41	24.8%	478	24.9%	-
Consultation d'un dentiste/orthodontiste (12 ans et +, 12 derniers mois)[5]				40.1%		48.1%	57.6%
DÉTERMINANTS DE L'ÉTAT DE SANTÉ			RLS (n)	RLS (%)	BSL (n)	BSL (%)	QC
Indicateurs socioéconomiques							
Taux d'emploi (15 ans et plus)[2]			9 115	48.8%	89 470	54.4%	59.9%
Niveau de scolarité - plus haut certificat, diplôme ou grade (25 à 64 ans)[2]							
Aucun certificat, diplôme ou grade			2 550	21.0%	20 690	19.0%	14.8%
Diplôme d'études secondaires			2 280	18.8%	20 140	18.5%	19.5%
Certificat ou diplôme d'apprenti ou d'une école de métiers			3 420	28.1%	27 575	25.3%	18.9%
Certificat ou diplôme d'un collège ou d'un cegep			2 115	17.4%	20 105	18.4%	18.3%
Certificat, diplôme ou grade universitaire			1 795	14.8%	20 510	18.8%	28.5%
Familles vivant sous le seuil du faible revenu (2011)[6]				6.4%		5.6%	8.8%
Répartition de la source de revenus (%)[2]							
Revenu d'emploi				64.2%		65.6%	71.7%
Transferts gouvernementaux				25.0%		21.5%	15.0%
Autres				10.8%		12.8%	13.3%
Revenu personnel disponible (après impôts) en 2013[5]			23 005 $		23 497 $		26 774 $
Familles monoparentales (avec enfants de moins de 18 ans)[2]			465	14.9%	4 005	13.9%	16.9%
Ménages composés d'une seule personne[2]			3 485	34.1%	28 885	32.7%	32.2%
Adultes prestataires des programmes d'assistance sociale (18-64 ans)[12]			1 248	9.5%	9 149	7.5%	6.6%
Indice synthétique de fécondité[12]			1.78		1.76		1.71

DÉTERMINANTS DE L'ÉTAT DE SANTÉ (suite)	RLS (n)	RLS (%)	BSL (n)	BSL (%)	QC
Habitudes de vie et comportements					
Excès de poids (IMC = 25,0 à 29,9, 18 ans et plus)[5]	4 862	26.5%	55 727	33.9%	32.8%
Fumeurs réguliers et occasionnels[5]	5 040	25.6%	38 620	22.1%	24.4%
Pris 5 consommations d'alcool ou plus au cours de la même occasion, 12 fois ou plus pendant l'année ayant précédé l'enquête (buveurs réguliers et occasionnels)[5]	3 044	20.2%	26 728	19.0%	20.5%
PÉRINATALITÉ[10]	RLS (n)	RLS (%)	BSL (n)	BSL (%)	QC
Naissances de faible poids (< 2 500 g)/naissances totales	3	1.6%	93	4.9%	5.7%
Naissances prématurées (< 37 semaines)/naissances totales	8	4.2%	126	6.7%	7.1%
Mère - âgée de moins de 20 ans/naissances totales	5	2.6%	49	2.6%	2.5%
Mère - âgée de 20 ans et + et 10 ans et moins de scolarité/naiss.totales	14	7.4%	107	5.7%	4.3%
Mère - 10 ans et moins de scolarité/naissances totales	21	11.1%	188	9.9%	6.9%
Mère - plus de 10 ans de scolarité/naissances totales	167	87.9%	1 699	89.8%	89.7%
Mère - scolarité inconnue/naissances totales	1	0.5%	43	2.3%	3.3%
ALLAITEMENT[11]	RLS (n)	RLS (%)	BSL (n)	BSL (%)	QC
Proportion de bébés allaités lors du séjour au service de maternité		86.7%		85.1%	-
Proportion de bébés allaités à la sortie du service de maternité		73.3%		75.2%	-
JEUNESSE	RLS (n)	RLS (%)	BSL (n)	BSL (%)	QC
Taux de diplomation au secondaire après 7 ans chez les moins de 20 ans (cohorte de 2005-2006, CS Monts-et-Marées, réseau public, 2012)[9]		76.8%		74.3%	69.8%
Masculin		71.9%		68.6%	64.3%
Féminin		81.6%		80.1%	75.7%
Protection de la jeunesse[13,21]					
Signalements reçus/Total jeunes 0-17 ans	249	7.8%	1 963	6.0%	5.4%
Signalements retenus/Total signalements reçus	100	40.2%	826	42.1%	40.1%
Évaluations réalisées par problématique :	120		811		12 986
Abandon	0	0.0%	2	0.2%	0.5%
Abus physique et risque sérieux d'abus physique	14	11.7%	136	16.8%	18.2%
Abus sexuel et risque sérieux d'abus	4	3.3%	43	5.3%	6.5%
Négligence et risque sérieux de négligence	68	56.7%	415	51.2%	42.3%
Mauvais traitement psychologique	20	16.7%	141	17.4%	17.0%
Troubles de comportement	14	11.7%	74	9.1%	15.5%
Jeunes suivis à l'application des mesures/total jeunes 0-17 ans	84	2.5%	616	1.9%	1.4%
Jeunes ayant fait l'objet d'une intervention LSPJA/total jeunes 12-17 ans	41	4.0%	325	3.1%	1.1%
PROBLÈMES DE SANTÉ ET MALADIES CHRONIQUES	RLS (n)	RLS (/100 000)	BSL (n)	BSL (/100 000)	QC (/100 000)
Nouveaux cas de cancer (taux annuel moyen ajusté sur 100 000 hab.)[14]					
Incidence du cancer du sein (2008-2010)	26	176.5	185	152.4	129.6
Incidence du cancer du poumon (2008-2010)	32	107.1	213	84.1	89.3
Incidence du cancer de la prostate (2008-2010)	9	* 66,3	130	111.7	117.6
Incidence du cancer colorectal (2008-2010)	25	85.9	197	77.9	68.8
Maladie chroniques (%)[5]	RLS (n)	RLS (%)	BSL (n)	BSL (%)	QC
Prévalence des allergies autres qu'alimentaires	4 820	24.5%	39 790	22.8%	24.7%
Prévalence des maux de dos	3 730	18.9%	33 040	18.9%	16.4%
Prévalence de l'hypertension (20 ans et plus)[7]	4 968	20.8%	43 335	21.0%	20.7%
Prévalence de l'arthrite/rhumatisme	3 760	19.1%	28 020	16.1%	14.1%
Prévalence des migraines	1 800	*9.1%	17 590	10.1%	9.8%
Prévalence de l'asthme	1 930	*11.0%	14 940	8.6%	8.6%
Prévalence des maladies cardiaques	1 610	9.2%	11 880	6.8%	5.1%
Prévalence du diabète (20 ans et plus)[7]	1 718	7.3%	13 605	6.6%	7.7%
Prévalence de l'emphysème, bronchite chronique et BPCO	810	*4.1%	6 010	3.5%	3.3%
SANTÉ MENTALE	RLS (n)	RLS (%)	BSL (n)	BSL (%)	QC
Personnes affichant une probabilité élevée de détresse psychologique[5]	1 100	*6,1%	7 300	4.5%	5.6%
Personnes satisfaites ou très satisfaites de leur vie en général[5]		91.1%		94.4%	92.9%
Auto-évaluation de sa santé mentale : très bonne ou excellente[5]		64.7%		72.7%	75.0%
Taux ajusté d'hospitalisation c.d. : tentatives de suicide (sur 100 000 hab.)[15]		*74,9		57.4	31.7
Durée moyenne de séjour - tentatives de suicide (jrs)[15]	2.4		7.0		10.2
Taux ajusté moyen de mortalité par suicide - pop. totale (taux sur 100 000 hab., période 2007-2011)[6]		* 16.7		16.8	14.4
SANTÉ PHYSIQUE	RLS (n)	RLS (%)	BSL (n)	BSL (%)	QC
Visites à l'urgence (nombre et rapport sur population totale) (13-14)[23]	21 018	1.0	156 125	0.8	-
Taux ajusté d'hospitalisation de courte durée, santé physique[15]		12.2%		9.8%	8.1%
Durée moyenne de séjour de courte durée, santé physique[15]	6.1		6.5		7.8
Taux d'occupation des lits (excluant gériatrie et psychiatrie)[23]		78.3%		78.6%	-
Personnes en attente d'hébergement en CHSLD (au 7/03/2015)[18]	1		11		
Personnes en attente d'hébergement en RI-RIS (au 7/03/2015)[18]	2		45		
PERSONNES DE 65 ANS ET PLUS	RLS (n)	RLS (%)	BSL (n)	BSL (%)	QC
Personnes recevant le supplément de revenu garanti (paiements actifs)[16]	2 917	60.5%	23 284	57.3%	43.7%
Personnes nouvellement vaccinées contre le pneumocoque (% sur pop. 65 ans et plus)[17]	233	4.3%	2 019	4.4%	-
Personnes ayant bénéficié de services d'aide à la vie domestique par des entreprises d'économie sociale[4]	450	8.3%	4 466	9.8%	-
Personnes vivant en ménage privé[4]	4 325	92.4%	33 615	85.1%	89.8%

Traitement et compilation : Équipe Surveillance et infocentre, Direction de santé publique, Agence de la santé et des services sociaux du Bas-Saint-Laurent
Mise à jour : 11 mars 2015

PERSONNES DE 75 ANS ET PLUS	RLS (n)	RLS (%)	BSL (n)	BSL (%)	QC
Taux brut d'hospitalisation de courte durée, toutes causes[15]		46.6%		34.6%	31.1%
Durée moyenne de séjour de courte durée, toutes causes[15]	8.7		9.9		14.2
Personnes vivant en ménage privé[2]	1 710	85.1%	13 100	71.9%	80.5%
MORTALITÉ PRÉMATURÉE (MOINS DE 75 ANS)[6]	**RLS (n)**	**RLS (%)**	**BSL (n)**	**BSL (%)**	**QC**
Tumeurs (nombre annuel moyen 2009 à 2011)	36	42.5%	291	45.1%	45.7%
Appareil circulatoire (nombre annuel moyen 2009 à 2011)	18	21.0%	124	19.2%	18.4%
Traumatismes non intentionnels (nombre annuel moyen 2009 à 2011)	6	7.1%	41	6.3%	5.1%
Appareil respiratoire (nombre annuel moyen 2009 à 2011)	8	9.5%	45	7.0%	5.9%
Maladies du système nerveux (nombre annuel moyen 2009 à 2011)	4	4.4%	27	4.1%	3.6%
Maladies de l'appareil digestif (nombre annuel moyen 2009 à 2011)	3	3.6%	23	3.5%	4.0%
Autres causes de décès (nombre annuel moyen 2009 à 2011)	10	11.9%	95	14.7%	17.3%
Nombre total annuel (nombre annuel moyen 2009 à 2011)	84	100.0%	645	100.0%	100.0%

† Pour le nombre de lits dressés : en CHSGS, il s'agit du nombre inscrit au rapport statistique annuel de l'établissement (AS-478), au 31 mars 2014. En CHSLD, il s'agit du nombre présenté dans le tableau "Suivi profils CHSLD et FSA" en date du 7 mars 2015.

†† Pour le nombre de lits normés : en CHSGS, il s'agit d'une baisse à titre indicatif construite à partir du bassin de desserte et du ratio de 2,2 lits par 1 000. En CHSLD, le nombre de places a été déterminé en fonction du Plan d'action visant l'optimisation des services d'hébergement 2011-2013 (ratio de 2,6 lits par 100 personnes âgées).

◆ Ce nombre inclut les entreprises d'économie sociale, exercice financier 2014-2015.

Les totaux ne correspondent pas nécessairement à la somme des parties, en raison de l'arrondissement des données par groupe d'âge.

* Coefficient de variation supérieur à 16,5 % et inférieur ou égal à 33,3 %. La valeur doit être interprétée avec prudence.

.. Valeur non disponible.

Indique une différence significative du RLS avec la région ou de la région avec le Québec, au seuil de 0,05.

Lexique :

ASSS : Agence de la santé et des services sociaux
BPCO : Broncopneumopathie chronique obstructive
c.d. : courte durée
CHSGS : Centre hospitalier de soins généraux et spécialisés
CHSLD : Centre d'hébergement et de soins de longue durée
CJ : Centre jeunesse
CLSC : Centre local de services communautaires
CPEJ : Centre de protection de l'enfance et de la jeunesse
CRDP : Centre de réadaptation pour les personnes ayant une déficience physique
CRJDA : Centre de réadaptation pour les jeunes en difficulté d'adaptation
CRPAT : Centre de réadaptation pour les personnes alcooliques et les autres personnes toxicomanes
CRDITED : Centre de réadaptation en déficience intellectuelle et en troubles envahissants du développement
CSSS : Centre de santé et de services sociaux
ETC : Équivalent temps complet
IMC : Indice de masse corporelle
LSJPA : Loi sur le système de justice pénale pour les adolescents
MSSS : Ministère de la santé et des services sociaux
RI : Ressource intermédiaire / RIS : Ressource intermédiaire spécialisée
RLS : Réseau local de services
RP : Ressource privée
RTF : Ressource de type familial
TC : Temps complet
TP : Temps partiel

Sources de données :

[1] MSSS, Info-bassin 2013 pour l'année 2011-2012
[2] Statistique Canada, Recensement et Enquête nationale auprès des ménages, 2011
[3] Institut national de santé publique du Québec, données de 2010-2011
[4] Rapports d'activités des entreprises d'économie sociale de la région du Bas-Saint-Laurent, 2013-2014
[5] Statistique Canada, Enquête de santé dans les collectivités canadiennes (ESCC), 2005 (population de 12 ans et plus, sauf avis contraire)
[6] MSSS, Fichier des décès 2007 à 2011
[7] Plan d'action en santé dentaire publique du Bas-St-Laurent, 2013-2014
[8] Institut de la statistique du Québec
[9] Ministère de l'Éducation, du Loisir et du Sport, données par CS de 2011-2012
[10] MSSS, Fichier des naissances 2009 à 2012p (2009-2011 : indice synt. de fécondité)
[11] ASSS Bas-Saint-Laurent, Portrait de la clientèle en périnatalité, 2013-2014
[12] Ministère de l'emploi et de la solidarité sociale, données pour 2014
[13] Centre jeunesse du Bas-Saint-Laurent, Rapport annuel de gestion 2013-2014
[14] MSSS, Fichier des tumeurs, 2008 à 2010
[15] MSSS, Fichier Med-Echo, 2013-2014
[16] Service Canada, Données de la sécurité de la vieillesse pour 2012
[17] Fichier de vaccination contre le pneumocoque VAXIN, 2013-2014
[18] "Système d'information pour la gestion de la coordination à l'hébergement" (SIGCH)
[19] Agence de la santé et des services sociaux du Bas-Saint-Laurent
[20] Société de l'assurance-automobile du Québec, Dossier statistique Bilan 2013, Accidents, parc automobile et permis de conduire, juin 2014
[21] Association des centres jeunesse du Québec, Bilan des directeurs de la protection de la jeunesse, année 2013-2014
[22] ASSS Bas-Saint-Laurent, Plan d'action visant l'optimisation des services d'hébergement 2011-2013
[23] Rapport statistique AS-478, 2013-2014
[24] MSSS, Registre des résidences privées pour aînés, données pour le Bas-Saint-Laurent, 2014 (incluant les OSBL)

Vous pouvez consulter les fiches sociosanitaires à l'adresse suivante :
http://www.agencesss.bsl.gouv.qc.ca/index.php?id=127&expandable=8&subexpandable=4

Agence de la santé et des services sociaux du Bas-Saint-Laurent
Québec